

JOSE MANUEL GONZALEZ INFANTE

Catedrático de Psiquiatría

DROGADICTOS Y DROGODEPENDENCIAS



SERVICIO DE PUBLICACIONES DE LA
UNIVERSIDAD DE CADIZ
CADIZ 1985

~~cauchis~~

el panton

613.83

R-3.031 i

GON
dro

* *



DROGADICTOS Y DROGODEPENDENCIAS



JOSE MANUEL GONZALEZ INFANTE
Catedrático de Psiquiatría
(Editor)

JOSE MANUEL GONZALEZ INFANTE

DROGADICTOS Y DROGODEPENDENCIAS



SERVICIO DE PUBLICACIONES DE LA
UNIVERSIDAD DE CADIZ
CADIZ 1985

ISBN nº.: 84-600-3763-0
Depósito Legal: Cá-591-84
Impreso en los talleres de UNIMED
C/ Zaragoza, 6 – CADIZ

AGRADECIMIENTO.

Muy sinceramente he de agradecer el esfuerzo desarrollado por los compañeros y colegas, que al colaborar en la redacción de algunos de los capítulos de esta obra, han hecho posible la edición que hoy ve la luz. De forma muy especial agradezco el entusiasmo mostrado y el continuo estímulo que representa para mi, el contar con la amistad de aquellos, que día a día, saben generosamente darme muestras de ella; espero poder corresponderles en la misma medida.

Como profesor universitario, no puedo menos que sentirme satisfecho y reconocer en todo lo que vale, la favorable acogida de nuestro manuscrito, por el SERVICIO DE PUBLICACIONES DE LA UNIVERSIDAD DE CADIZ, gracias a su dinámica gestión y buen hacer, han sido impresas estas páginas sobre las drogodependencias.

Finalmente, mi agradecimiento al PROGRAMA DE LUCHA CONTRA EL ALCOHOLISMO Y TOXICOMANIAS DE LA ASAMBLEA PROVINCIAL DE CRUZ ROJA DE CADIZ, que al colaborar en la edición del libro, muestra su gran sensibilidad por los problemas humanos, y muy particularmente, por aquellos que por su complejidad, obligan a un mayor esfuerzo para su resolución.

CUADRO DE COLABORADORES

F. BARATECH NUCHE:

Profesor Ayudante de Clases Prácticas del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Cádiz.

J. CANO VALERO:

Profesora Encargada de Curso del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Cádiz.

J. CRESPO BENITEZ:

Director del Centro de Salud Mental de Cádiz.

S. GIRON GARCIA:

Médico del Equipo de Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias de la Diputación de Cádiz.

J. M. GONZALEZ INFANTE:

Catedrático de Psiquiatría y Director del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Cádiz.

A. MARCILLA FERNANDEZ:

Profesor encargado de Curso del Departamento de Psicología de la Escuela Universitaria de Formación del Profesorado de E.G.B. de la Universidad de Cádiz.

J. M. MARTINEZ DELGADO:

Médico del Equipo de Prevención y Tratamiento de las Drogodependencias de la Diputación de Cádiz.

J. M. PEREZ MORENO:

Médico Adjunto del Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz.

PROLOGO

«... la crisis de nuestro tiempo no sería más que una situación límite, en la que depende de la decisión del hombre mismo desarrollar la posibilidad del ser libre entrañada en su interior, o perderla y desaprovecharla definitivamente».

(Philipp Lersch: El hombre en la actualidad. Ed. Gredos, 1973. p. 157).

Y, precisamente, la problemática actual de las drogodependencias, constituye una situación límite a la que el hombre de nuestro tiempo debe dar una pronta y ajustada respuesta. De ella dependemos como sociedad e individuos libres, a ella hemos de llegar desde nuestra voluntad de serlos.

Si, como ocurre de hecho, hay quienes de entre nosotros han perdido esa «libertad entrañada en su interior», que constituye el más claro distintivo de lo humano, todos estamos obligados a realizar un esfuerzo común, tendente a conseguir poner en manos de esos hombres los medios a través de los cuales, puedan nuevamente hacer uso de su libre albedrío.

Con ello, no solo daremos cumplida respuesta a ese sentimiento de solidaridad, que siempre se consideró el principio rector de toda comunidad humana, sino que además, al favorecer por su mediación, la creatividad y responsabilidad individual, estaremos poniendo

do los cimientos de una sociedad más consecuente consigo misma, y más justa con quienes la constituyen, lo que en definitiva favorecerá su estabilidad.

Vea el lector en las páginas que siguen, no más que eso, un intento de solidaridad, a través del cual, aproximarle y aproximarnos más, los que las hemos redactado, al drama inmenso de la problemática personal del drogadicto.

La decisión de prologar el libro la tomé con el único objetivo de explicitar claramente este fin básico que nos movió a escribirlo, ya que, con toda seguridad, y dado nuestro quehacer centrado en postulados de carácter científico, tendríamos grandes dificultades de imprimir a sus páginas, ese humanismo que este tema rezuma por todas partes, y míresele por donde se le mire. Querría, que si a través de su lectura no hemos sabido hacérselo sentir, estimado lector, al menos, tenga la absoluta convicción, de que lo asumimos como vivencia propia, experimentada día a día, mediante la práctica clínica a estos pacientes.

La distribución de los distintos capítulos que conforman la obra, se ha realizado siguiendo un plan, tendente a cubrir cuatro aspectos del problema de la drogadicción.

A clarificar conceptos y a aportar algo de luz sobre posibles interpretaciones no muy acordes con la realidad, van dirigidos los capítulos primeros que tratan sobre los conceptos básicos y clasificaciones, las notas antropológicas, las reflexiones sobre las estrechas interacciones adolescente-droga y los específicos aspectos del alcoholismo.

En los capítulos V y VI, hemos pretendido exponer, la compleja clínica médica y psicopatológica que plantean las drogas, intentando aportar, en relación con la última, ciertos criterios sobre los que sustentar la etiopatogenia y patoplastia de los distintos psicosisíndromes.

A un problema tan enormemente difícil y controvertido como son las acciones terapéuticas a seguir con estos pacientes, hemos dedicado los dos capítulos siguientes, en los que no hemos pretendido más, que esbozar aspectos muy generales del tratamiento, a cuyo través se trasluciera un hecho que nos parece importante, el de que, más que el interés por la utilización de medidas específicas y puntuales, muy especializadas y técnicas, se hace necesario la planificación e integración de recursos terapéuticos bio-médicos, psicológi-

cos y sociológicos. Con esta finalidad, y conociendo otras iniciativas muy prometedoras que se vieron frustradas en la práctica, se desarrollan en el capítulo VIII, aquellos criterios que a nuestro juicio deben seguirse, al proyectar la creación de Unidades de Desintoxicación adscritas a Hospitales Generales, pues opinamos, que unidades aisladas de este tipo, carecen de eficacia operativa, haciéndose necesaria su integración en el seno de una planificación asistencial comunitaria, en la que se contemplen además, Unidades de Deshabituación y Rehabilitación, Dispensarios de asistencia ambulatoria y, lo que es más importante, la colaboración de la sociedad, suficientemente sensibilizada frente al problema, única forma de propiciar una aceptable reinserción social del drogadicto rehabilitado.

Se ha dedicado un último capítulo a la educación sanitaria y prevención de las drogodependencias en el medio escolar, tanto por la importancia que en sí mismas poseen estas medidas en la lucha contra las drogas, como por ser las edades tempranas el punto de arranque de la mayoría de las toxicofilias actuales y poseer este medio un alto índice de riesgo. Un particular interés de este capítulo, consiste en que se basa en la experiencia obtenida del análisis de los resultados de un estudio piloto efectuado por el equipo del Centro de Salud Mental de Cádiz, dirigido por el Dr. Crespo y, en cuyo diseño intervine por gentileza de sus realizadores. Se trata pues, de establecer unos puntos de referencia, extraídos de la experiencia propia, sobre los que asentar las bases de futuras medidas preventivas.

Si tras la lectura de estas páginas conseguimos que el lector quede más sensibilizado de lo que con seguridad lo está respecto a un tema de tan gran trascendencia social como éste, nos daremos por satisfechos los que, en mayor o menor medida, hemos colaborado a que fueran impresas.

Cádiz, Agosto de 1984

José Manuel González Infante

Catedrático de Psiquiatría y

Director del Departamento de Psiquiatría de la
Universidad de Cádiz.

CAPITULO I

CONCEPTOS BASICOS Y CLASIFICACIONES DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Por José Manuel GONZALEZ INFANTE

José CRESPO BENITEZ

Sebastián GIRON GARCIA

José Manuel MARTINEZ DELGADO

CONCEPTOS BASICOS

La evolución histórica de las drogodependencias nos ha llevado a una situación que viene caracterizada, entre otros aspectos, por el aumento del consumo de drogas, la politoxicomanía y la disminución en la edad de comienzo. Estas y otras características han hecho que ciertos conceptos básicos hayan ido cambiando. No obstante, nos parece oportuno señalar en primer lugar la conceptualización que el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), elaboró en sus informes de 1952 y 1957.

Entre otros definía los siguientes conceptos:

A. TOXICOMANIA

Es un estado de intoxicación crónica o periódica engendrado por el consumo repetido de una droga natural o sintética. Cuyas características son:

1. Un invencible deseo (compulsión) de continuar tomando la droga y obtenerla por todos los medios.
2. Tendencia a aumentar la dosis (es decir, tendencia al aumento de la tolerancia).
3. Una dependencia física y psíquica a los efectos de la droga, es decir la aparición de un Síndrome de Abstinencia con sintomatología somática y psíquica en caso de interrupción súbita del consumo.
4. Unos efectos perjudiciales al individuo y la sociedad.

B. HABITUACION

Estado resultante del consumo repetido de una droga. Las características principales son:

1. Un deseo de tomar la droga por el bienestar que produce.
2. No tendencia a la tolerancia.
3. Cierta dependencia psíquica, pero sin dependencia física respecto a los efectos de la droga. Por consiguiente, no se produce el síndrome de abstinencia en caso de supresión.
4. Unos efectos esencialmente perjudiciales para el individuo solo.

Estas definiciones surgieron en un momento en el que el fenómeno de la toxicomanía era visto desde un punto de vista moral, y por lo tanto punitivo, utilizándose para definir los lazos que se establecen en una cierta sociedad, entre el individuo y su droga. Debido a ello sólo explican las relaciones que se establecen entre los hombres y algunas de las drogas utilizadas hoy día.

G. VARENNE, aporta un análisis muy completo sobre estas definiciones: «Esta definición ha sacrificado su claridad no sólo a las exigencias de la legislación, sino también a las del aspecto multidisciplinario de la toxicomanía. En efecto, la primera característica⁽¹⁾ se refiere a la psicopatología, especialmente a la desviación del comportamiento humano, la segunda⁽²⁾ depende de la farmacología, la tercera⁽³⁾ tanto de la psicología o psicopatología (Dependencia, síndrome de abstinencia), mientras que la cuarta⁽⁴⁾ subraya la toxicidad de la droga para el individuo (Toxicología) así como su influencia nefasta para la sociedad (Sociología), no olvidemos que esta última característica, igual que la primera (la necesidad que empuja al drogado a procurarse su viático por todos los medios) está relacionada igualmente con la criminología. Así pues se ha respetado la complejidad científica del problema».

En 1963 el Comité de Expertos de la O.M.S. comprendió los límites que tenían estas definiciones y recomendó, en su 13º Informe, cambiar por el término dependencia los términos empleados hasta entonces.

En 1965 en el boletín de la O.M.S., EDDY, HALBACH, ISBELL y SEEVERS aclararon el porqué de esta sustitución: «se ha hecho prácticamente imposible y científicamente inexacto quedarse con una

sola definición para todas las formas de toxicomanías y/o de acostumbramiento. El elemento común a estos estados y el abuso de las drogas en general, es la dependencia, psíquica o física o las dos, del individuo respecto de un producto químico. Seguramente eliminaríamos una parte de la confusión sustituyendo estos términos por la expresión dependencia de esta o de aquella droga... Notemos que se ha elegido el término dependencia porque se aplica a todos los tipos de abuso de la droga y no prejuzga nada sobre el grado de los peligros para la salud pública, o sobre la necesidad de tal o cual medida de control».

En 1969 en el 16º Informe del Comité de la O.M.S. de Expertos en Fármacodependencia, se define claramente el concepto de Fármacodependencia.

FARMACODEPENDENCIA

«Estado psíquico y a veces también físico resultante de la interacción entre un organismo vivo y un medicamento, que se caracteriza por unas modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre una pulsión a tomar el medicamento de un modo continuo o periódico a fin de obtener sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar de la privación. Este estado puede ir acompañado o no de tolerancia. Un mismo individuo puede ser dependiente de varios medicamentos».

Queda claro que esta definición viene complementada al determinarse de que tipo de droga depende el individuo; así hablaremos de la dependencia morfinica, dependencia cannábica, etc., como entidades claramente diferenciadas.

Este concepto ha logrado unificar en una las nociones anteriores, y ha permitido el cambio de un término peyorativo por uno de carácter científico, lo cual ha aportado al problema una mayor comprensión. Sobre ésto el Dr. HALBACH ha escrito: «Cuando la actitud predominante hoy día hacia la toxicomanía haya evolucionado de punitiva hacia otra más terapéutica, este fenómeno será reconocido en todas partes como una cuestión de psicosociopatología y el lenguaje de las leyes lo reflejará».

El concepto de farmacodependencia es de difícil manejo en

nuestro medio cultural, ya que popularmente el término de fármaco identifica sustancias con utilidad terapéutica. La palabra droga vulgarmente es entendida como diferente a la de medicamento o fármaco. Por todo ello a partir de ahora utilizaremos el término de «Drogodependencia», por considerar su uso más adecuado en nuestro medio cultural.

Un análisis de la definición de la O.M.S., nos va a llevar a la necesidad de conceptuar algunos términos incluidos en ella. Entre éstos cabe destacar: Droga, dependencia psíquica, dependencia física, psicoactividad, tolerancia y síndrome de abstinencia.

Para la O.M.S., droga (Fármaco) es: «Toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones». Este concepto nos parece excesivamente amplio. Por ello y de acuerdo con ALARCON, FREIXA y SOLER INSA, preferimos cuando hablamos de droga, referirnos a «una sustancia que introducida en el cuerpo por cualquiera de los mecanismos de administración (Inhalación, ingestión, fricciones, intramuscular, endovenosa, etc.), tenga dicho producto utilidad terapéutica o no, sea capaz de producir una modificación en la conducta del sujeto, condicionada por los efectos inmediatos (Psicoactividad) o persistentes, de tal naturaleza que existe una evidente renuencia al uso continuado del producto».

La «dependencia» es un concepto que desgraciadamente es utilizado de formas muy diferentes y arbitrarias en las literaturas científicas (Psicología, psiquiatría, filosofía,...) y populares. Es importante que previamente clarifiquemos la noción de «abuso».

La O.M.S. lo define como un uso excesivo, persistente o esporádico, incompatible o sin relación con un empleo médico aceptable. Para S. IRWIN, «Cuando las drogas se toman o se administran en unas circunstancias o a unas dosis que aumentan significativamente su nocividad, sean o no utilizadas con un fin terapéutico, de modo legal o prescritos por el médico, podemos hablar de abuso de la droga». El D.S.M. III propone como criterios diagnósticos del abuso, un patrón patológico de uso, acompañado de un deterioro de la actividad social o laboral y con un consumo superior a un mes, y lo diferencia claramente de la dependencia en cuanto en ésta aparece tolerancia y/o síndrome de abstinencia.

Genéricamente podemos afirmar, que la dependencia es conse-

cuencia del uso reiterado del producto, ya que por las modificaciones que con ellos se obtienen, hacen que el individuo «pierda la libertad ante la droga» y necesite tomarla para reproducir los efectos gratificantes (o para evitar la expectativa del síndrome de abstinencia).

Las modificaciones que se producen con el uso de la droga van a determinar los conceptos de dependencia psicológica y dependencia física.

Para el profesor S. IRWIN (Journal of Psychodelic Drugs. 1971) la dependencia psíquica o psicológica es una tendencia o compulsión al uso de un agente porque sus efectos son fuentes de placer o de satisfacción. Distingue entre:

1. Una dependencia únicamente al placer, por la que los síntomas de privación o el tratamiento después de la abstinencia serían muy escasos o nulos.
2. Una dependencia afectiva con estado de necesidad, por la que los problemas de tratamiento y los síntomas de privación de origen afectivo pueden ser mayores.

Esta definición recoge ideas de la Comisión de Encuesta Canadiense:

«Al hablar de dependencia en cualquier contexto (se trate o no de droga), podía resultar útil precisar la naturaleza de su objeto, sus razones, así como las consecuencias de la presencia o de la ausencia de este objeto. El sentido de la dependencia varía considerablemente según que el objeto sea necesario para el mantenimiento de la vida (Ej.: Insulina en diabéticos), sirva para evadirse de una situación desagradable o intolerable (Ej.: la soledad) o cree una sensación de bienestar o de satisfacción ante la vida. En cierto modo, puede decirse que somos dependientes de todo lo que amamos y nos gusta, ya sea la televisión, la música, los libros, los alimentos, ciertos medicamentos o drogas, los pasatiempos, los juegos o los deportes y, muchas veces, otras personas. En este sentido una cierta dependencia es un estado psicológico general y normal».

Estas afirmaciones nos permiten diferenciar claramente nuestras dependencias fisiológicas, de dependencias psíquicas patológicas, caracterizadas por una necesidad intensa y un deseo obsesivo de continuar tomando la droga. Esta dependencia psíquica patológica, va a condicionar la dificultad de la deshabituación y va a justificar

las recaídas en los tratamientos de las drogodependencias.

Según FREIXA, ALARCON y SOLER INSA, para que se presenten situaciones de dependencia tiene que darse, además de los efectos farmacológicos, una serie de circunstancias y correlaciones personales, sociales, culturales y antropológicas que condicionen de forma inevitable el uso del producto. Esta es una situación compleja de analizar, en la cual, la estructura social en la que está inmerso el sujeto, las relaciones grupales y la exposición al producto (Publicidad, interés de mercado...), forman una madeja que expresan la dificultad del comportamiento del drogodependiente. Para estos autores es más correcto hablar de dependencia psicosocial y la definen como:

«Una situación en la cual la búsqueda del producto, se presenta a pesar de que con los conocimientos actuales no tengamos evidencia de vínculos orgánicos, origina no tan solo una conducta de búsqueda, sino que además, los cambios y las modificaciones del sujeto con la familia, estudios, trabajo y grupo de pertenencia, de tal magnitud al persistir en el tiempo, que en ausencia de acciones fisiológicas conocidas, el sujeto vive la supresión del producto con angustia y ansiedad y con un modelo de búsqueda característico del status de la droga».

La tolerancia es un concepto farmacológico y se define como la necesidad de un aumento en la dosis para obtener los efectos deseados, y se explica en relación a la resistencia corporal o tisular a los efectos de una droga. La tolerancia solo existe durante el uso de la droga.

Es importante reseñar que productos como el LSD, que implantan en el organismo una tolerancia muy rápida, impiden el uso diario del producto (por la aparición de efectos indeseables) y por lo tanto disminuyen considerablemente el riesgo de hacerse drogodependientes. Por el contrario sustancias como el alcohol o los opiáceos, de implantación de tolerancia lenta, hacen que su consumo sea una verdadera trampa aumentando el riesgo de hacerse drogodependiente.

El organismo no pierde su sensibilidad a todos los efectos de una droga con la misma rapidez ni el mismo grado, es decir, algunos efectos pueden debilitarse antes que otros, por lo que la toxicidad de ciertos productos se ve mediatizada por esta característica.

Paralelamente al concepto de tolerancia, se desarrolla el de la

«Inversión de la Tolerancia» que se define como: un aumento de los efectos, al disminuir la dosis. La falta de base farmacológica, así como el tipo de drogas en las que suele aparecer (Ej.: Alucinógenos), hacen pensar que en el origen de este proceso se encuentran fundamentalmente aspectos de tipo psicológicos. No obstante es de sobra conocido, que en el caso de los alcoholismos, cuando el sujeto presenta una alteración hepática importante, suele aparecer este fenómeno de la inversión de la tolerancia.

No quisiéramos pasar por alto en nuestro breve resumen bibliográfico y su exposición, el hacer referencia a los autores que critican el concepto básico y común: «la dependencia», apoyándose en el controvertido tema de la dependencia a los placebos: Sobre esto, FREIXA, ALARCON y SOLER INSA escriben:

«No vamos a desarrollar ni citar los trabajos que sobre este tema se han publicado, pero si vamos a señalar que la dependencia de un placebo se debe básicamente a uno de los factores que condicionan el uso de las drogas farmacológicamente activas.

Entendemos por expectativa de uso todo el acervo de conocimientos implícitos y explícitos acumulados por un sujeto por medios no técnicos y en una cultura y sociedad determinada respecto a una droga, siendo fundamental la existencia o no de una cultura tradicional de uso para condicionar una expectativa que sea percibida como algo común y positivo, o como algo nuevo digno de un intento de ensayo o como una sustancia perteneciente a una forma no tradicional de cultura».

En nuestro medio como ejemplo de la primera parte de la exposición tenemos el alcohol y el tabaco y como ejemplo de la segunda, la heroína.

Para terminar y a modo de resumen, y con un carácter estrictamente didáctico, vamos a exponer un brevariario de los conceptos básicos fundamentales que matizan el campo de las drogodependencias.

Somos concientes que todo intento de conceptualización suscita y concreta, lleva consigo el riesgo de simplificar y no abarcar en toda su extensión las diferentes definiciones, pero dado el carácter de divulgación de este capítulo y en aras de una mejor clarificación, hemos creído oportuno el elaborarlo.

DROGODEPENDENCIA

Estado psíquico y/o físico, causado por la acción recíproca entre un organismo y una droga, que se caracteriza por una modificación del comportamiento y otras reacciones, que comprenden siempre un «impulso irreprimible» a tomar la droga de forma continua.

DROGA

Es toda sustancia que introducida en nuestro organismo por cualquier vía de administración, tenga o no utilidad terapéutica, sea capaz de producir una modificación en la conducta del sujeto, que le condiciona una «evidente predisposición» al uso continuado del producto.

PSICOACTIVIDAD

Es la modificación en la conducta y el ánimo del sujeto condicionada por los efectos inmediatos o persistentes tras el consumo de la droga.

DEPENDENCIA

Es consecuencia del uso reiterado del producto que, por las modificaciones que con ella se obtienen, hacen que el individuo «pierda la libertad» ante la droga y necesite tomarla para reproducir los efectos gratificantes, o para evitar la expectativa del síndrome de abstinencia.

DEPENDENCIA PSICOLOGICA

Situación en la cual la búsqueda del producto se presenta a pesar de que con los conocimientos actuales no tengamos evidencia de vínculos orgánicos.

La supresión de la ingesta del producto se vive con angustia y ansiedad.

DEPENDENCIA FISICA

Situación en la que el uso reiterado del producto condiciona «objetiva y realmente» unos efectos bioquímicos a corto, medio o largo plazo, que precipitan al uso del mismo.

SINDROME DE ABSTINENCIA

Complejo sintomático, específico de cada droga, que aparece tras la supresión de la administración de las drogas que cursan con dependencia física.

TOLERANCIA

Necesidad de un aumento en la dosis de la droga para obtener los efectos deseados (es un concepto que nace de la relación directa: dosis—efecto).

CLASIFICACION

Parece fácil entender por qué se deben clasificar las drogas. Razones de índole sanitario, farmacológico, social, etc., respaldan el interés por agrupar las drogas siguiendo tales o cuales criterios. Sin embargo, la importancia de las drogas estriba en la capacidad que tienen de provocar drogodependencia, y a este respecto hemos de contar con que la toxicomanía es el resultado de la interacción de un sujeto con una droga y que ha evolucionado de una situación de «maridaje» entre ambos, a una actual en la que no es posible cualificar el producto de esa interacción. En efecto, como afirma J. M. OUGHOURLIAN en la toxicomanía clásica «había una unión entre el sujeto y la droga elegida, como un verdadero matrimonio... Esta fidelidad a una droga, consumida ella sola durante toda una vida y por miles de sujetos que vivían con la misma droga unas experiencias comparables y seguían trayectorias parecidas, había conducido a poner de relieve la personalidad y los caracteres particulares de cada una de las drogas conocidas». Llegar a comprender los problemas de los toxicómanos a través del conocimiento de las drogas era

el móvil para la clasificación de las mismas.

En la actualidad encontramos que los individuos llegan a las drogas por diferentes caminos, siendo imposible perfilar una personalidad previa específica. Además, que los factores de tipo socio-ambiental juegan un papel más importante incluso que los personales. Derivados de estos cambios, el adicto, en su búsqueda de experiencias nuevas, se ha hecho usuario de varias drogas apareciendo una nueva modalidad de adicción: la politoxicomanía. El uso de diferentes drogas al mismo tiempo es un hecho que confunde aún más un panorama que nunca se llegó a aclarar. No obstante, y a pesar de estas dificultades se hace necesario el estudio de las drogas y, como un medio más para ello, su clasificación, es decir, agruparlas y delimitarlas en base a determinados criterios diferenciadores, que dependerán en último extremo del enfoque desde el que se aborde dicha clasificación.

A lo largo de la corta pero abultada historia de la clasificación de las drogas, se han venido sucediendo una tras otra conforme han ido surgiendo nuevos aspectos o se ha restado importancia a otros. En cualquier caso, este hecho indica que no existe ninguna clasificación que satisfaga totalmente una acometida crítica.

La primera clasificación sería de las drogas, todavía vigente para algunos autores, es la emprendida por LEWIN en 1928 basada en los efectos de las drogas sobre la conciencia. LEWIN las dividía en cinco grandes grupos:

- 1.- EUPHORICA. En este grupo entran las que causan «bienestar físico y psíquico, con liberación de los estados afectivos». Introducía aquí el opio y sus derivados naturales y sintéticos y la cocaína.
- 2.- PHANTASTICA. Producen una excitación cerebral y como consecuencia deforman las sensaciones produciendo ilusiones, visiones y alucinaciones. Son los llamados «venenos de ilusión». Introducía en este grupo el Peyote, la Cannabis, Mescalina, Silocibina, etc.
- 3.- INEBRANTIA. Tienen dos fases: Una primera de excitación cerebral a la que sigue una depresión de la excitabilidad. Son el alcohol, el éter, el cloroformo.

mo, etc.

4.- HYPNOTICA. Son agentes del sueño: cloral, veronal, bromural, sulfonal, etc.

5.- EXCITANTIA. Son las que procuran, sin alteración de la conciencia un estado de estimulación cerebral percibido subjetivamente. En este grupo introducía la cafeína, el tabaco, el alcanfor, el betal, etc.

El que posteriormente hayan aparecido otras clasificaciones se debe, principalmente, a la evolución que ha tomado la drogadicción, agravado también porque «la lista de sustancias utilizables para crear y mantener una toxicomanía casi no tiene límites y, por tanto, sigue estando abierta» Ey. Los avances farmacológicos en las terapéuticas de determinadas entidades clínicas han puesto en el mercado productos que se han incorporado a la lista aludida anteriormente. Es evidente que el efecto buscado por los toxicómanos en los nuevos fármacos no es su aspecto terapéutico sino el considerado, desde el punto de vista médico como indeseable o secundario, o el obtenido por la mezcla de otras drogas. Esta circunstancia complica todavía más el abordaje de la clasificación.

Resulta obvio que dependiendo del punto de vista desde el que se aborda la clasificación se obtenga una ordenación diferente. Así, si los criterios son socioculturales hablaremos de institucionalización o no de las drogas, y prescindiremos de efectos clínicos o de peligrosidad para la salud. El alcohol por ejemplo, que en nuestra civilización goza de «estatuto legal» y que está asimilado culturalmente plantea numerosos problemas sanitarios y sin embargo «la conciencia colectiva» es permisiva con su uso y abuso. Podríamos intentar una clasificación siguiendo criterios de estructura química de las drogas, pero todavía no se conocen la de alguna de ellas. Si los criterios fueran de peligrosidad para la salud se clasificarían las drogas en orden al daño que pueden producir. En fin, si los criterios son psicofarmacológicos o clínicos la clasificación presentará otros aspectos.

Los puntos de vista parciales simplifican y empobrecen la cuestión, sobre todo si pretenden que todas las drogas queden explicadas desde una sola perspectiva. En general, puede afirmarse que una clasificación perderá antes su validez cuanto menos flexible y más dogmática sea, y esto ocurre, entre otras cosas, porque el problema está

en constante cambio, no habiendo una única y exclusiva metodología para analizarlo.

La constelación actual de factores sociales, culturales y económicos, que han determinado de una parte que el primer contacto con la droga se dé cada vez a una edad más temprana y por otra, que no se encuentre la existencia de una personalidad o predisposición previa específica, ha restado valor a las clasificaciones que pretendían una correspondencia entre personalidad de la droga y perfil del toxicómano de esa droga. Pero ¿A qué clasificación podemos prestar atención?

Es indiscutible que cualquier clasificación se presta a ser manipulada por intereses extracientíficos. Las que más sufren esta instrumentalización son las que tienen cierta proyección social. Es el caso de la desafortunada simplificación que se hizo de la clasificación de la O.M.S., en drogas duras y blandas. Esto dió pie a la justificación del consumo de las «blandas» a sus usuarios, e invitó a su uso a consumidores no habituales, por considerarse que carecían de peligrosidad. A este respecto hay que señalar que una droga no sólo es peligrosa por el daño que puede infringir física o psíquicamente, sino también, lo que es igual de importante, por extraerla de su contexto sociocultural. La existencia de dos drogas institucionalizadas, alcohol y tabaco, en nuestra cultura, que ya ofrecen enormes problemas sanitarios y sociales, nos permite aseverar que la inclusión de una nueva droga, su institucionalización, incrementará aún más este cúmulo de problemas. Por ello hemos de huir de clasificaciones que bajo la pretensión de ser asequibles puedan justificar el consumo de alguna droga, sobre todo porque no hay que olvidar que todas las drogas son peligrosas para la salud.

Quizás, las clasificaciones que han tenido más interés científico han sido las basadas en los efectos de las drogas sobre el comportamiento, la primera de las cuales es la realizada por LEWIN. En 1957 el tercer Congreso Mundial de Psiquiatría acepta la clasificación que propone JEAN DELAY, que ordena las drogas según que acción ejerzan sobre lo que PIERRE JANET denominó «tonus psicológico», que es «la resultante del nivel de vigilancia y del estado de humor». El «tonus» combina la situación entre despierto – dormido con la de eufórico – deprimido. Partiendo de ello clasifica a los psicotropos en tres clases: los que disminuyen el «tonus» (PSICOLEPTICOS), los que

lo elevan (PSICOANALEPTICOS) y los que desvían el «tonus» (PSICODISLEPTICOS). Ver cuadro 1º.

Las clasificaciones clínicas presentan una serie de inconvenientes que cuestionan hasta cierto punto su validez. Una misma droga puede producir diferentes efectos dependiendo de las circunstancias del consumo y del consumidor, así como de la dosis y la vía de administración (oral, parenteral, respiratoria, inhalatoria, etc...). Además, una droga no sólo produce un efecto sobre el comportamiento, siendo difícil elegir el más importante de ellos.

1.- PSICOLEPTICOS

- | | |
|-----------------------|--|
| 1.1.- HIPNOTICOS | : - BARBITURICOS
- OTROS |
| 1.2.- NEUROLEPTICOS | : - FENOTIACINAS
- BUTIROFENONAS
- OTROS |
| 1.3.- TRANQUILIZANTES | : - BENZODIACEPINAS
- OTROS |
| 1.4.- ANTIEPILEPTICOS | : - HIDANTOINAS
- BARBITURICOS |

2.- PSICOANALEPTICOS

- | | |
|--|------------------------------------|
| 2.1.- ESTIMULANTES DE
LA VIGILANCIA | : - ANFETAMINAS
- OTRAS. AMINAS |
| 2.2.- ESTIMULANTES DEL
HUMOR | : - ANTIDEPRESIVOS |
| 2.3.- OTROS ESTIMULANTES | |

3.- PSICODISLEPTICOS

- | | |
|---|-----------------------------------|
| 3.1.- ALUCINOGENOS | : - MESCALINA
- LSD
- OTROS |
| 3.2.- DELIROGENOS | |
| 3.3.- ESTUPEFACIENTES
(EUPHORICA DE LEWIN) | |
| 3.4.- ALCOHOL Y DERIVADOS | |

Cuadro 1º.- Clasificación de J. DELAY

Los progresos tecnológicos y bioquímicos han incrementado enormemente el arsenal terapéutico psicofarmacológico, y en la investigación de nuevos compuestos se han descubierto algunos que han integrado la lista de las sustancias capaces de crear una drogodependencia. Esto toma tanta importancia que DENIKER sugiere una clasificación de las drogas por su origen, que queda plasmada en el Cuadro 2º.

A.- DROGAS DE ORIGEN NATURAL:

- 1.- OPIO Y DERIVADOS
- 2.- CAÑAMO
- 3.- BEBIDAS ALCOHOLICAS

B.- MEDICAMENTOS DERIVADOS DE SU USO:

- 1.- HIPNOTICOS
- 2.- TRANQUILIZANTES
- 3.- ANFETAMINAS

C.- PRODUCTOS OBTENIDOS POR LA INVESTIGACION:

- 1.- ALUCINOGENOS
- 2.- OTROS

Cuadro 2º.- Clasificación de DENIKER, 1971.

Es interesante resaltar que psicotropos como los neurolépticos y los antidepresivos raramente mueven a su utilización o abuso como droga, debido a la frecuente presentación de efectos colaterales somáticos paralelos a su acción psíquica.

También en 1971, L. CHALOULT, realiza una clasificación de las drogas ampliada en la que introduce todos los psicotropos. La poca importancia real que como hemos dicho, tienen los antidepresivos y neurolépticos, en cuanto drogas, nos va a permitir sustraerlos de dicha clasificación.

CHALOULT hace tres grandes grupos:

- 1.- Depresores de la actividad del sistema nervioso central (S.N.C.).
- 2.- Estimulantes de la actividad del S.N.C.
- 3.- Perturbadores de la actividad del S.N.C.

Ver cuadro 3°.

1.- DEPRESORES DE LA ACTIVIDAD DE S.N.C.

1.1.- ALCOHOL

1.2.- HIPNOTICOS : - BARBITURICOS
- NO BARBITURICOS

1.3.- ANSIOLITICOS : - DIACEPINAS

1.4.- ANALGESICOS
NARCOTICOS

1.4.1.- OPIO Y DERIVADOS : - MORFINA
- HEROINA

1.4.2.- NARCOTICOS : - METADONA
SINTETICOS - MEPERIDINA

2.- ESTIMULANTES DE LA ACTIVIDAD DEL S.N.C.

2.1.- MAYORES : - ANFETAMINAS
- COCAINA

2.2.- MENORES : - CAFEINA
- NICOTINA

3.- PERTURBADORES DE LA ACTIVIDAD DEL S.N.C.

3.1.- ALUCINOGENOS : - LSD
- Mescalina
- PSILOCIBINA
- D.O.M.

3.2.- DERIVADOS CANNABICOS

3.3.- DISOLVENTES VOLATILES : - COLAS
- ESENCIAS
- DISOLVENTES
- ETER, Etc.

3.4.- OTROS : - D.M.T.
- NUEZ MOSCADA
- OTROS

Cuadro 3°.- Clasificación de CHALOULT, 1971

También tenemos que señalar que los medicamentos en muchas ocasiones son utilizados combinados con otros medicamentos o con alcohol, con lo que se obtienen efectos más potentes o se revelan

nuevas acciones sobre el comportamiento o estado del humor.

G. VARENNE escribe en 1971 que la clasificación de las drogas que prefiere es la «basada en el poder que posee una droga de engendrar farmacodependencia». Para VARENNE el efecto toxicomanógeno viene dado por el abuso crónico de una sustancia, descartando la acción fisiológica de una posología más o menos normal y de corta duración. Para «cuantificar» de alguna manera esta capacidad toxicomanógena utiliza tres parámetros:

- La posibilidad de crear dependencia física.
- La aparición o no de tolerancia.
- La psicotoxicidad, entendida como el poder de la droga para provocar alteraciones psicopatológicas.

Ver cuadro 4º.

DROGA	DEPENDENCIA FÍSICA	TOLERANCIA	PSICOTOXICIDAD
1. Opiáceos	+ +	+ + +	+ +
2. Alcohol y Barbitúricos	+	+ ±	+ ±
3. Anfetaminas y Sucedaneos	-	+ +	+ + ±
4. Alucinógenos	-	±	+ + +
5. Cocaína	-	-	+ +
6. Cannabis	-	-	+ ±
7. Fenacetina	-	+	±
8. Volátiles	-	±	+
9. Cafeína	-	±	±
10. Nicotina	-	+	-

Cuadro 4º.- Clasificación de VARENNE, 1971

Una de las clasificaciones que ha tenido mayor proyección social es la realizada por el Comité de Expertos en Farmacodependencias de la O.M.S., dirigidos por J. F. KRAMER y D.C. CAMERON en 1975. La clasificación está basada en criterios de peligrosidad para la salud, establecidos en relación a:

- a) La instauración o no de dependencia física.
- b) La velocidad de instauración de la dependencia.
- c) La gravedad de la toxicidad.

Hacen cuatro grandes grupos ordenando las drogas de más a menos peligrosas, según pertenezcan al grupo PRIMERO o al CUARTO, con grados intermedios. En el polo de «más peligrosas» (Grupo PRIMERO) están las que crean dependencia física, la dependencia aparece rápidamente y son más tóxicas. En el otro polo (Grupo CUARTO), el de «las menos peligrosas», están las que no crean dependencia física, sino sólo psicosocial, que se instaura lentamente y son menos tóxicas. Ver cuadro 5°.

GRUPO 1: OPIO Y DERIVADOS

GRUPO 2: BARBITURICOS Y ALCOHOL

GRUPO 3: COCAINA, ANFETAMINAS y DERIVADOS

GRUPO 4: L.S.D., CANNABIS y DERIVADOS.

Cuadro 5°.- Clasificación O.M.S., 1975

Como puede verse, cada autor que se ha decidido a realizar su clasificación, lo ha hecho contando con el criterio o los criterios, que bajo su óptica ha entendido más importante. Sólo de esta forma, y por la amplitud de sustancias que se van incorporando paulatinamente al arsenal de las drogas, es posible explicarse la proliferación de clasificaciones, así como su disparidad a veces.

Todo el problema queda pendiente de los progresos en la investigación en primer lugar, y en segundo lugar de la evolución que tome el problema de la drogodependencia. Mientras esto se siga manteniendo podrán seguir apareciendo nuevas formas de clasificar las drogas.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO FERNANDEZ, F.: Fundamentos de Psiquiatría Actual. Ed. Paz-Montalvo, Madrid, 1976.
- CHALOULT, L.: Nouvelle Clasificación des drogues toxicomanógenes. Toxicomanies, Vol. IV, 4, 1971.
- DENIKER, P.: Drogues Modernes et toxicomanies nouvelles. Revue du Praticien, 1971, XXI, nº 7, pp. 969 – 979.
- D.S.M. III: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, 1983.
- EY, J.: Tratado de Psiquiatría. Ed. Toray-Masson. Octava edición. 1980.
- FREIXA, F.: Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario. Ed. Fontanella, Barcelona, 1981.
- INSTITUTO MUNICIPAL DE PSIQUIATRIA DE BARCELONA: Drogodependencias. Un nuevo modelo de enfermedad. Barcelona, Junio 1982.
- KRAMER, J. F., CAMERON, D.C.: Manual sobre Dependencia de las Drogas. O.M.S., Ginebra, 1975.
- LEWIN, L.: Phantastica. Payot Ed. París, 1970.
- LEWIN, L.: Les Paradis Artificiels, Payot, París 1928.
- OLIEVENSTEIN, Cl.: La drogue. Ed. Universitaires, París 1970. (Trad. Cast.: Las Drogas, Studium, Madrid, 1971).
- O.M.S.: Comité de Expertos en Fármaco-dependencias. Serie de Informes técnicos. Años 1952, 1957, 1963, 1965, 1969, 1975.
- OUGHOURLIAN, J.M.: La persona del toxicómano. Herder. Barcelona 1977.
- VARENNE, G.: El abuso de las Drogas. Guadarrama. Madrid. 1973.

CAPITULO II

**NOTAS PARA UNA
PSICOPATOLOGIA TRANSCULTURAL
DE LAS DROGODEPENDENCIAS**

Por José Manuel GONZALEZ INFANTE

«Lo que es el hombre no podemos agotarlo en un saber de él, sino solo experimentarlo en el origen de nuestro pensar y saber».

KARL JASPERS. La Filosofía

Son muchos los trabajos y las investigaciones que se han realizado en el campo de las drogodependencias, hasta tal punto, que este tema no puede ser enfocado hoy, ni entendido con un mínimo de objetividad, si no es en un contexto multidisciplinario.

Las ciencias biológicas —Bioquímica, Farmacología, Toxicología y otras—, se han centrado en el problema del *tóxico*, estudiando su composición, su fórmula química, sus acciones farmacodinámicas, sus efectos negativos sobre el organismo, su capacidad de crear tolerancia y resistencia, etc.; otras ciencias, como las psicológicas, se han dedicado a estudiar al *toxicómano*, su estructura de personalidad, la posible existencia de rasgos psíquicos patológicos, y otras cualidades del mismo que pudieran explicar el fenómeno de la drogadicción. Las ciencias sociales han buscado las posibles influencias del *grupo familiar* y del *medio sociocultural* en la génesis de éste consumo abusivo.

Es mucho pues, lo aportado al conocimiento de esta anomalía comportamental desde el campo de múltiples disciplinas científicas, y, sin embargo, aún no hemos podido llegar a desentrañar del todo

su génesis, su dinámica interna, su proteiforme fenomenología clínica, etc., careciendo por tanto, no solo de unos medios terapéuticos eficaces, sino sobre todo de lo que sería mucho más necesario poseer, unas medidas preventivas con el suficiente peso específico como para frenar su incesante expansión en el mundo de hoy.

Pero a poco que nos fijemos en dicho fenómeno con cierto detenimiento, observamos que no se trata de un acontecimiento exclusivo de nuestro mundo actual, tampoco de un hecho adscribible a una determinada cultura, ya que la historia del hombre nos demuestra que en cualquier época, el ser humano se ha sometido a la acción de sustancias que de alguna forma influían sobre su vida psíquica, y ésto, ha tenido lugar en el seno de todas las culturas. Se trata pues, de un fenómeno inherente de la misma naturaleza humana.

Precisamente por este hecho singular, la problemática específica de las drogodependencias es un tema concreto del quehacer antropológico.

Adoptando ésta posición metodológica como principio, que querámoslo o no, es la consecuencia y el fin último de una «actitud» frente al fenómeno humano en general, me ha parecido que una tal aproximación al tema de las drogodependencias, podría entrañar un evidente interés al aportar ciertos datos necesarios para ahondar en su clarificación, y conocer mejor al hombre mismo.

No me resulta ajena la dificultad que esto comporta, es más, pienso que se trata de un objetivo no siempre alcanzable, porque como con todo acierto afirmaba K. JASPERS «...Nuestros estudios del hombre han acarreado un múltiple saber, pero no el saber del hombre en totalidad».

Si tenemos en cuenta que el fenómeno de la drogadicción no deja de ser más que un mero epifenómeno de un acontecimiento mucho más trascendente y singular, tal cual es «el fenómeno humano», al intentar querer llegar a comprenderlo no tenemos más remedio que fundamentarlo «en y por el hombre»; es decir, hemos de adoptar una posición antropológica frente al mismo. Pero posiciones antropológicas las hay de muchas naturalezas, ya que si bien una «auténtica antropología» solo es posible en función de una posición holística —integrante e integradora del acontecimiento a estudiar—, es decir, que tenga en cuenta a su objeto de estudio como una totalidad indivisible, también es cierto que el quehacer antropológico abarca

facetas del acontecer humano que claramente aportan luces a un mejor conocimiento del HOMBRE. De ahí también el espejismo de que «existen muchas antropologías», lo que aún sin ser totalmente cierto, no invalida el que puedan existir distintas posiciones o enfoques antropológicos.

Precisamente lo que seguidamente voy a intentar es adoptar uno de estos enfoques para desde él estudiar el fenómeno estupefaciente.

Lo primero que nos revela el enfoque antropológico de dicho fenómeno es que, muy por encima de la sustancia tóxica, se sitúa, en una imaginaria escala de intereses, el contexto sociocultural en el que esta se consume y utiliza, de forma tal, como afirma FURST (1976) «que las mismas drogas, u otras químicamente similares pueden funcionar de forma diferente en situaciones culturales diversas».

Es en base a este hecho indiscutible, por lo que nos ha parecido que un análisis antropológico culturalista puede tener plena y absoluta vigencia en un estudio sobre la drogadicción.

Y nada mejor para ello que abordar la problemática de éstas partiendo de una metodología transcultural, o lo que es lo mismo, intentando extraer del estudio del fenómeno de la drogadicción en distintas culturas conocimientos que nos permitan comprenderlo, o al menos, interpretarlo de la forma más abarcativa posible.

El consumo pluricultural sistemático de sustancias tóxicas determina distintos tipos de comportamiento, los que dependen no tanto de la sustancia misma, como de la «interrelación de variables psicológicas y culturales».

Un radical bastante común presente casi siempre en el abuso de sustancias estupefacientes reside en un intento, por parte del sujeto que se somete a su acción, de «reducir la ansiedad». Ha habido antropólogos como DONALD HORTON, para quienes éste poder «ansiolítico» es la función primaria del consumo de tóxicos, preferentemente del alcohol.

En un estudio efectuado por este mismo autor sobre cincuenta y seis sociedades de fundamentos culturales distintos, cuya característica común era su primitivismo, o sea, se trataba de sociedades culturizadas pero poco evolucionadas, se encuentra con una serie de hechos de un indudable interés antropológico y psicológico. Este interés es aún mayor si se tiene en cuenta que esas cincuenta y seis socie-

dades constituían una muestra representativa de las sociedades primitivas habidas en todas las regiones de la tierra; por tanto, las hipótesis extraídas de esta investigación sobre las drogas, nos permiten presuponer cuales eran los comportamientos de los hombres de las primeras épocas históricas en relación a las mismas.

Un primer hecho observado es el de que el consumo de sustancias tóxicas suele acompañarse de la *liberación de impulsos agresivos y sexuales*, esta importante observación que HORTON adscribía al consumo de alcohol es generalizable para las restantes drogas toxico-manígenas.

De ésta primera observación se desprende algo sumamente interesante. En tanto todas las sociedades deben inhibir, en mayor o menor cuantía, la «expresión natural» de éstos impulsos, es evidente que han de crearse situaciones de tensión, y sobre todo de ansiedad entre los sujetos que las constituyen, con lo que el consumo de sustancias que ejerzan un efecto ansiolítico, parece natural que sea buscado por los individuos, lo que se ve reforzado además al conseguir indirectamente relajar la inhibición.

Es ésta una manera de intentar explicar, en función del efecto ansiolítico de éstas sustancias, su acción liberadora de impulsos agresivos y sexuales; sin embargo, a mi juicio, este efecto puede ser también entendido mediante la acción directa de éstas sustancias sobre la personalidad individual.

El carácter de primariedad biológica de los impulsos agresivos y sexuales es un hecho notorio y suficientemente demostrado, su principio rector pues es el de conseguir su satisfacción sin más y de manera inmediata, lo que hace que su expresión natural choque frontalmente con elementales principios normativos propios del proceso de socialización, de ahí, la acción inhibidora que la cultura debe imprimir a los mismos al remodelarlos para encauzarlos convenientemente.

Esta acción frenadora sociocultural, que genera ansiedad por insatisfacción, puede ser contrarrestada de diversas maneras por las sustancias estupefacientes al estimular los impulsos agresivos y sexuales. Este efecto puede ser conseguido bien directamente, por una vía biológica, a través de su acción sobre los centros nerviosos rinencefálicos, o bien indirectamente a través de una vía psicológica, por la que se hace intervenir al conjunto de la personalidad individual.

Así, si nos fijamos en el efecto del alcohol y otras drogas sobre los niveles de conciencia, se aprecia como dan lugar a «estados de conciencia» que de alguna manera relajan la «censura superyoica», con lo que los impulsos biológicos frenados hasta ese momento, se ven liberados expresándose en su forma más primitiva y natural, o lo que es lo mismo, exentos de todo modelaje cultural.

Todas las drogas ejercen una notable influencia sobre la personalidad en el sentido de disregular el desarrollo armónico de ésta, lo que, al impedir el ajuste social del individuo, genera nuevas cargas de ansiedad, cerrándose así un círculo que puede explicarnos ciertas formas de abuso crónico de drogas. En efecto, si en un principio la ansiedad por no satisfacción del principio del placer que la instintividad biológica conlleva, conducía al sujeto a ingerir la droga buscando su acción ansiolítica, ahora, el efecto liberador de impulsos primarios hace que se desajuste socialmente lo que es fuente de nuevas ansiedades que le llevarán a seguir consumiéndola.

Esta influencia sobre la personalidad siempre negativa, al condicionar su primitivización, se evidencia en su consumo esporádico, lo que es notorio al observar el comportamiento de sujetos intoxicados por drogas o con embriaguez aguda, pero además puede hacerse permanente e irreversible en el caso del abuso crónico como ocurre en los sujetos alcoholizados o afectos de psicosis exotóxicas.

En éstos abusos crónicos de drogas, sobre todo en el más habitual y corriente, el del alcohol etílico, todos los psiquiatras tenemos la dramática experiencia clínica de las «encefalopatías etílicas», cuya devastación psicopatológica está presidida por una primitivización hiper o hipotípica de la personalidad uno de cuyos signos clínicos más característicos son, tanto el descontrol agresivo, como la desinhibición sexual.

Vemos pues, que la función liberadora de impulsos agresivos y sexuales de las drogas, puede ser explicada mediante variables culturales y psicológicas, o lo que a mi juicio es mucho más exacto que ésto, en «función de la interrelación de uno y otro tipo de variables».

En relación con los comportamientos agresivos liberados por la ingestión de drogas se ha podido apreciar que varían muy ampliamente en función de parámetros culturales y psicológicos. En el primer caso, las variaciones se acomodan al tipo de inhibición de la agresividad ejercida por la cultura. Mediante sus estudios etnológi-

cos llegó a demostrar HORTON que los más altos grados de agresividad asociados a la ingestión de tóxicos se daban en las sociedades caracterizadas por altos niveles de «agresión inhibida» (*), en contraste con los sistemas supraordinados capaces de castigar efectivamente la agresión.

Lo que sí parece claro es que una sociedad que favorezca la competitividad, los deseos de poder, la deshumanización, etc., y a la vez, reprima brutalmente los comportamientos agresivos que estas situaciones generan, favorecerá el consumo de tóxicos en tanto reductores de la ansiedad.

Otro hecho observado por HORTON fue el de que la intensidad conque se recurre a las drogas varía directamente con el *nivel general de ansiedad*, expresión de la estructura social total y, muy particularmente, de la «económica».

En el caso de ésta última es la «inseguridad por la subsistencia», apreciable en las sociedades primitivas por ser mucho más evidente en el hombre cazador que en el agricultor, la que genera un nivel mantenido de ansiedad.

Pero también la inseguridad determinada por la «aculturación», es origen de ansiedad colectiva que intensifica el consumo de drogas.

En base pues a las observaciones comentadas, parece como si pudieran construirse dos hipótesis explicativas del fenómeno de la drogadicción desde la perspectiva antropológica culturalista que hemos seguido. En ambas nos es dado apreciar variables tanto psicológicas como socioculturales, por más que una se centre primordialmente en lo individual y la otra en la colectividad.

A través de la primera hipótesis pudiera explicarse el consumo de drogas mediante la existencia de una «ansiedad individual», generada al no poder liberar el sujeto de forma natural sus impulsos agresivos y sexuales.

Mediante la segunda se podría explicar el consumo de drogas, en función de una «ansiedad colectiva», sociocultural, debida a la estructura socioeconómica o a la desintegración cultural consecuencia de la aculturación.

Lo que sí parece desprenderse de lo que llevamos expuesto, es

(*) Entiéndase por tal, formas de desplazamiento inadecuados de la agresividad, como por ejemplo, las prácticas de hechicería en las sociedades primitivas.

que la «estructura social» en la que la droga se consume, es un elemento primordial al que no se puede dejar de hacer referencia a la hora de enjuiciar el fenómeno de la drogadicción. Por tal motivo, merece la pena ahondar un poco más en tan significativo papel.

Además de por su carácter más o menos restrictivo de los impulsos instintuales primarios, la estructuración socioeconómica (HORTON), y la desintegración social por aculturación, existen otros ingredientes de la estructura social total, que en virtud de como se edifiquen, van a ser también causas favorecedoras del consumo abusivo de drogas.

FIELD, (1962) sirviéndose de la misma muestra de sociedades primitivas de las que se había valido HORTON para su estudio, investiga la organización social de las mismas intentando ver si existía una relación significativa entre ésta y el consumo de sustancias estupefacientes.

Llega así a aislar dos grandes grupos en los que pueden quedar englobadas el conjunto de las sociedades estudiadas, en virtud de su sistema de organización.

Uno de sus grupos estaría integrado por aquellas comunidades humanas estructuradas en torno a sólidos vínculos de parentesco corporativo, organizadas unilinealmente, con acciones sociales concertadas y poseedoras de simbolismos y ceremoniales colectivos muy elaborados. En éstas sociedades de «organización corporativa», sus individuos son muy poco dados al consumo de drogas.

El otro grupo de FIELD lo constituían aquellas otras colectividades estructuradas bilateralmente, con relaciones sociales amorfas, fragmentadas y débilmente organizadas. En ellas el abuso de drogas es un acontecimiento frecuente y reiterado entre los sujetos que las forman.

De éstas observaciones parece desprenderse, que la organización social posee un alto valor que no puede dejar de tenerse en cuenta a la hora de enjuiciar el comportamiento, tanto individual como colectivo, de sus miembros.

En el caso del consumo de bebidas etílicas, como avalan estas investigaciones, son los grupos cuya organización social se estructura en torno a un individualismo excesivo («organización personalista»), en el que las relaciones interhumanas se ven dificultadas, los más dados al abuso de las mismas.



Ahondando un poco más sobre éstos aspectos sociogenéticos de la drogadicción, y al objeto de aportar nuevos datos de interés que arrojen más luz sobre el problema, nos vamos a servir de las observaciones antropológicas de otros dos investigadores.

KLAUSNER (1964) estudia el uso ceremonial de alcohol en cuarenta y ocho sociedades primitivas, encontrándose con un hecho que a primera vista parece contradecir lo que, en general, sostienen un importante número de estudios. Detecta la tendencia cultural a que al uso de drogas en las ceremonias religiosas, correspondiera un consumo excesivo de las mismas en situaciones sin significación religiosa.

Este hecho debe ser matizado convenientemente, ya que pueden hacerse dos importantes salvedades.

En principio depende del tipo de ceremonia religiosa en la que se empleen tales sustancias. Concretamente, su uso en exorcismos, inmolaciones, rogativas y otras de carácter similar, era poco frecuente, y cuando tenía lugar, no comportaba abuso social en situaciones no sagradas; por el contrario, su empleo en los sacrificios, la forma ceremonial de más frecuente uso de drogas, si comportaba un abuso excesivo en situaciones no religiosas.

KLAUSNER se explicaba ésto en función del carácter mismo del sacrificio. Como medio ceremonial, el sacrificio está íntimamente ligado a la creación de «solidaridad social»; más concretamente aún, cuando dicha solidaridad se ve amenazada por el pecado y la culpa, el sacrificio redime a los fieles de ambos, manteniendo la cohesión social y la solidaridad grupal.

Si, como vemos, en éstas sociedades se vincula la droga al sacrificio, se la dota así del mismo carácter, generalizándose de esta manera su uso reiterado en circunstancias profanas, pero en las que se busca la misma finalidad. En este caso, y por ésta vía, la droga es utilizada como vehículo de cohesión y solidaridad grupal.

Vuelve a ponerse de manifiesto en la investigación de KLAUSNER, la génesis sociológica de la drogadicción, por más que en estas circunstancias, la solidaridad social no la dificulte sino que la favorezca.

La segunda salvedad que puede hacerse a la observación de KLAUSNER es que hay sociedades en las que las drogas se emplean exclusivamente con fines ceremoniales, no utilizándose nunca en si-

tuaciones profanas habituales. En tales casos, se adscribe al tóxico un carácter simbólico peculiar de matiz mágico-mítico, que limitan su consumo al adquirir el carácter de tabú.

Una última investigación a la que no puedo dejar de hacer referencia, es a la efectuada por MARGARET BACON (1965), ya que, no solo confirma muchas de las hipótesis de HORTON y FIELD en cuanto al consumo de alcohol y estructura y organización social, sino que por sí misma es una clara muestra de como el carácter del proceso de socialización influye decisivamente, de forma positiva o negativa, en la generalización del consumo de drogas.

Esta autora, utilizando una muestra de ciento diez sociedades, encuentra que las sociedades culturales en las que el consumo de alcohol se ve más favorecido, son aquellas en las que las necesidades de dependencia se ven frustradas o castigadas, lo mismo en la infancia que en la edad adulta y se exige un comportamiento muy independiente y responsable, así como la consecución de grandes logros sociales, a los sujetos que las integran.

Esta dificultad para satisfacer necesidades primarias y rigidificación de los moldes individuales, favorece enormemente la ansiedad entre los miembros que las componen, los que se someten a la acción de las drogas buscando en ellas su efecto reductor de la ansiedad y la tensión. Por si no fuera suficiente este incentivo, hay que sumarle el que éstas sustancias posibilitan la satisfacción de las necesidades de dependencia y facilitan las fantasías de éxito.

Como de todo lo anteriormente expuesto puede deducirse, la gran mayoría de las investigaciones antropológicas en relación con el consumo de drogas coinciden en sostener que en éste influyen factores de índole psicológica y sociocultural, de cuyas interrelaciones van a depender los comportamientos abusivos que los sujetos hacen de tales sustancias.

Estas interrelaciones se manifiestan con toda claridad en las investigaciones que acabamos de comentar; así, la *socialización* que según MARGARET BACON incrementa en su grado máximo el conflicto en torno a las «necesidades de dependencia», se vincula funcionalmente con los tipos de *estructura socioeconómica* que HORTON consideraba responsable del incremento de los niveles generales de «ansiedad». También la *organización social* bilateralmente estructurada, con relaciones sociales amorfas, descrita por FIELD,

puede intensificar el «conflicto de dependencia» y engendrar problemas graves, en cuanto a la *solidaridad social* destacada por KLAUSNER.

Aunque estas investigaciones se centren preferentemente en la problemática sociocultural del consumo de bebidas alcohólicas, sus conclusiones son perfectamente extrapolables al campo de las drogodependencias en general, ya que muchas de las otras drogas existentes, institucionalizadas o no, poseen ese efecto común de «reducir la ansiedad», siendo, por otra parte, la liberación de impulsos agresivos y sexuales otra acción frecuentemente asociada a su uso o abuso.

Sin embargo, lo que con más énfasis querría remarcar es que a través de ésta perspectiva antropológica, pretendo imprimir un nuevo sentido a la mera descripción casuística, metodología comúnmente utilizada al hablar del problema de las drogodependencias.

Podrá verse aún con mayor claridad ésta intencionalidad, si ajustándonos un poco más a los postulados doctrinales de una antropología holística, enfocamos el del «fenómeno humano» que nos ocupa, desde la vertiente representada por el mismo hombre, y no solo a través de la atalaya constituida por sus realizaciones socioculturales.

Vamos pues a intentar ver si es posible encontrar un denominador común humano, que a manera de síntesis unitaria, nos permita comprender, tanto los múltiples casos individuales de drogadicción, como el hecho toxicomanígeno en general.

Antes de introducir al lector por este nuevo camino, quiero prevenirle de los riesgos que comporta. Como tales, cabe apuntar aquí el de las interpretaciones basadas en aquellos constructos doctrinales de mayor predicamento en el momento histórico en el que se acomete el estudio; este riesgo, no obstante, lo comparten tanto las ciencias culturales históricas, como las más decididamente experimentales. Por otra parte, aunque el análisis antropológico que seguidamente emprenderemos no es un trabajo empírico, no por ello entra en contradicción con la experiencia acumulada.

Como ya vimos, en todo estudio sobre las drogodependencias se suele hablar del tóxico, y, sobre todo, de sus efectos sobre el organismo, sobre la personalidad, sobre el contexto sociocultural, etc., considerando éstos aspectos como los de mayor importancia; pues bien, aunque ciertamente el tóxico provoca un «camino de estado»

en el sujeto que se somete a su acción, como con todo acierto decía von GEBSATTEL, ni el cambio de estado por sí, ni sus cualidades positivas o negativas, constituyen el elemento fundamental del complejo mundo de las drogodependencias, viéndose su interés minimizado frente a la «vivencia del cambio de estado» que experimenta el sujeto; en definitiva, lo mismo que ocurre en cualquier otro problema humano, lo subjetivo relega a un segundo término a lo propiamente objetivo, por más que en principio sea lo que más resalte.

Esta vivencia de cambio de estado que se siente bajo la acción de una sustancia psicoactiva, aún siendo ya un importante elemento de la problemática toxicomanígena, está subordinada a una^a situación previa sumamente compleja, en la que lo situativo ambiental, lo caracteriógeno y la acción del propio tóxico, se ven trascendidas por algo mucho más permanente y personal: una situación de «vacío interior» (Von GEBSATTEL).

Este «vacío existencial» es anterior a la toxicomanía constituyendo ese denominador común humano en torno al cual gira cualquier intento de comprensión de éstos fenómenos.

¿Cómo se vive ese vacío por parte del futuro drogodependiente?, generalmente como «un no querer ser lo que soy», un «no aceptarme como soy», y, en consecuencia, un buscar «ser de otra forma», un «ser distinto a lo que soy».

El interés, por tanto, de la «vivencia del cambio de estado» originada por el tóxico, en cuanto a su valor etiológico en la toxicomanía, reside precisamente en «sentirse diferente»; pero tampoco éste «no ser lo que soy», hace que el hombre se sienta «ser lo que quiere ser», de ahí, que una y otra vez caiga en el consumo de la droga, que siempre le deja insatisfecho, pero al que invariablemente siempre recurre. Esta búsqueda de algo que llene mi vacío existencial, y que al hacerlo me transforme, se convierte en el objetivo primordial del hombre que lo siente. Es así como el drogadicto recurre a la droga que llega a enajenarle, haciéndole creer por un breve espacio de tiempo, no solo «ser diferente a lo que es», sino sobretodo, «lo diferente que quiere ser». Pero esta fascinación dura como decía, solo un instante, pasado el cual el sujeto se vuelve a encontrar otra vez con lo que es, y al no aceptarse, queda prendido a ese momento que le fascina, de ahí que reiteradamente se embriague, se pinche o ingiera el tóxico, aún a sabiendas de su nocividad y perjuicio biológico, psi-

cológico y social.

Se crea así la pérdida de libertad frente a la droga, la «forzosi-
dad» de tener que seguir recurriendo a su consumo.

BIBLIOGRAFIA

- BACON, M.K. y cols.: A Cross-cultural Study of Drinking. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. Supl. 3. (1965).
- FIELD, P.B.: A New Cross-cultural Study of Drunkenness. En: *Society, Culture, and drinking Patterns* de D.J. Pittman y C.R. Snyder. (1962).
- GEBSATTEL, V.E.F. von: *Antropología Médica*. Ediciones Rialp. Pamplona (1966). ps. 278-293.
- HORTON, D: The Functions of Alcohol in Primitive Societies: A Cross-cultural Study. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. Supl. 4, (1943).
- KLAUSNER, S.Z.: Sacred and Profane Meanings of Blood and Alcohol. *Journal of Social Psychology*. 64. (1964).
- ZUTT, J.: *Psiquiatría Antropológica*. Editorial Gredos. Madrid (1974). ps. 345-354 y 533-546.

CAPITULO III

LA DROGODEPENDENCIA JUVENIL: EL ADOLESCENTE Y LA DROGA

Por José Manuel GONZALEZ INFANTE

En la actualidad, no ya tan inmediata, estamos siendo espectadores, e incluso en muchos casos, actores, de una enorme tragedia social, la de que cada día son más jóvenes las personas que se someten a la acción nefasta de sustancias toxicomanígenas. Este acontecimiento, en que se involucran tanto sujetos que han alcanzado los primeros años de la edad adulta, como adolescentes e incluso niños en etapas escolares tempranas, es un grave azote de nuestra sociedad contemporánea.

Precisamente el carácter eminentemente juvenil de las drogodependencias actuales, nos ha movido a dedicar un capítulo concreto de este libro, a intentar analizarlas.

A nadie se le escapa pues, que existe una evidente correlación positiva entre droga y adolescencia, siendo precisamente el estudio de esta afinidad, el tema central de los comentarios que seguidamente abordaremos.

El estudio de esta problemática, con seguridad, una de las más graves que plantea la adolescencia, no resulta fácil de emprender, lo mismo por la complejidad que comporta, como por la abundantísima bibliografía que poseemos hoy sobre ella.

Siendo consciente de este hecho y a fin de que el lector se introduzca con más facilidad en una cuestión tan espinosa y grave como ésta, me ha parecido que lo mejor sería seguir un determinado esquema expositivo, que aún a sabiendas de su artificiosidad, me permita aproximarle lo mejor posible a la comprensión de la drogodependencia juvenil.

En tal sentido, vamos a tratar, en primer lugar, de la realidad cruda que nos dan las cifras, es decir, de los resultados estadísticos, no por fríos y descarnados, menos reales y aterradores; para ello recurriremos a los ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS.

En segundo lugar, vamos a preguntarnos por el ¿Por qué de la drogodependencia juvenil?, viendo en función de ciertas características de la adolescencia, y de los efectos farmacológicos de las drogas, si podemos contestarla.

Pero, como quien siga la lectura de lo que seguidamente expongo tendrá ocasión de comprobar, ni el sujeto de nuestro estudio (el adolescente), ni el objeto de su abuso (la droga), podrán explicarnos por si mismos la compleja problemática de las toxicomanías juveniles, de ahí, que querámoslo o no, tengamos que abordar un tercer apartado en nuestro estudio, el de la DINAMICA DE LA RELACION ADOLESCENTE-DROGA, en la que no solo influyen factores farmacotóxicológicos y psicológicos, sino, sobre todo, factores socioculturales de índole familiar, formativo, laboral, institucional, etc.

Estudios Epidemiológicos

En 1972, con motivo del XVIII Congreso Mundial sobre «Alcoholismo y Toxicomanías», celebrado en nuestro país en la ciudad de Sevilla, tuvimos los participantes ocasión de oír, en una comunicación presentada por BOULOGNE, como en Amsterdam se manejaba por entonces entre los epidemiológicos, cifras que oscilaban entre los 80.000 para unos, y los 600.000 jóvenes para otros, que utilizaban, al menos semanalmente, el Hachís. Junto a éstas importantes cifras, se afirmaba que unas 2.000 personas se inyectaban en esta capital diariamente opio, heroína y/o anfetaminas. Según el mismo autor, la edad media de estos jóvenes consumidores era de 21 años, siendo la relación varón / hembra de 7 : 1.

Unos años antes, concretamente en 1969, WEINWE en Inglaterra, encontró consumos de drogas en un 5,39% de los escolares londinenses y WEBB ese mismo año, referiría una incidencia de consumidores del 24% entre una población universitaria inglesa.

En un estudio efectuado también en Londres durante los años 1966 y 1968, sobre una muestra de 1.088 adolescentes, PETER NOBLE se encontró una incidencia de un 16,5% de consumidores, sien-

do un 13,6% de Cánnabis, un 1,7% de L.S.D., un 1,9% de Metilamfetamina, un 2,7% de Heroína, un 1% de Cocaína y un 0,5% de Metadona.

En 1977, en una investigación efectuada por CHAPPEL en la Universidad de Nevada sobre estudiantes, resultó que solamente el 11% no consumían alcohol y únicamente el 26% comunicaban hallarse exentos de toda experiencia con droga susceptible de engendrar hábito.

En nuestro país, el incremento del uso del cánnabis ha sido realmente escalofriante, representando, según POLAINO-LORENTE, un 2.000 por ciento desde 1967 a 1975.

En un estudio efectuado por CALCEDO ORDOÑEZ en 1971, entre una población de estudiantes universitarios, detecta que un 69% de ellos hacían referencia a que en alguna ocasión consumieron psicoestimulantes. De este grupo, el 6,1% eran consumidores habituales de tales drogas, que consumían varias veces por semana.

SEVA DIAZ en 1971 en Zaragoza, en una muestra constituida por estudiantes de medicina, encuentra que un 30% de los mismos consumen estimulantes, el 34% toman cotidianamente bebidas alcohólicas, consumiendo el 9% de los encuestados, más de 50 grs. de alcohol puro diariamente.

Si se valoran los incrementos del consumo de drogas en España, en función de las aprehensiones de éstas por las autoridades, se aprecia que su aumento no queda circunscrito exclusivamente a las sustancias estupefacientes que indebidamente se califican de «blandas», sino que se ha generalizado prácticamente a todas ellas; así, en el cuadro que transcribimos, de un trabajo de SILVO MUÑOZ, relativo a las aprehensiones efectuadas desde 1975-1980, nos es dado ver, tanto este notable incremento, como la variedad de drogas que lo han experimentado.

SUSTANCIAS	1975	1976	1977	1978	1979	1980(*)
Cáñamo (kg.)	6.183	5.474	10.528	6.815	20.020	6.185
Cocaína »	11,5	6,7	22,6	14,9	45,1	12,8
Heroína »	0,3	0,1	9,7	8,5	1,7	0,9
L.S.D. (dosis)	1.969	1.948	2.367	4.332	10.124	6.294

Unido al verdaderamente alarmante abuso y uso de drogas en nuestro medio, hallamos la cada vez más temprana edad en que los jóvenes tienen su primer contacto con estas sustancias. En un estudio realizado por MELLADO COT en Valencia, en 1979, encuentra como un 6,2% de los estudiantes de Bachillerato que constituyeron el material de su encuesta, han consumido Cánnabis varias veces, un 2% se administran drogas de las calificadas como «duras» y un 70% es consumidor de alcohol. En otro estudio, realizado en un Centro de Cruz Roja de Madrid, publicado por CAVERO y cols. en 1980, se consigna la edad de 14 años como la más frecuente para el inicio de estos primeros contactos.

Veamos ahora el *¿por qué del abuso juvenil de drogas?*, para lo cual tendremos que hacer referencia preferentemente a nuestros dos personajes, el tóxico y el adolescente, cuya interacción recíproca hemos de reconocer, al intentar aproximarnos a la problemática juvenil del abuso de drogas.

Aunque indudablemente el arsenal de drogas resulta ser muy variado, por desgracia para todos, favoreciéndose por esta causa la oferta entre la población infantojuvenil, bien es verdad que en el uso y abuso que de ellas van a hacer los adolescentes, influyen un gran número de factores, de entre los cuales uno de no poca importancia es el de sus efectos; pues bien, el efecto de las drogas no depende tanto de sus características farmacodinámicas, como de los rasgos de personalidad y expectativas del sujeto que las ingiere, y del medio

(*) Las cifras de 1980 se refieren únicamente a los 8 primeros meses del año y solo a las apprehensiones de la Guardia Civil.

sociocultural en el que se efectúa su consumo. Esta triple concasualidad es el nudo gordiano que ensambla el complejo fenómeno de la drogadicción, de ahí, que una y otra vez en las páginas de este libro hagamos referencia explícita al mismo.

Se conoce desde hace tiempo, que no todos los sujetos reaccionan igual frente al consumo de tóxicos; hay desde quienes vivencian sus efectos como placenteros, hasta los que los experimentan como absolutamente desagradables y nocivos. Más aún, un mismo sujeto puede experimentar en unas circunstancias efectos placenteros, y en otras, efectos desagradables, frente al mismo tipo de tóxico.

Se evidencia en estos hechos un factor no adscrito al propio tóxico, sino al sujeto que lo ingiere, bien en base a sus características personales, o bien en función de sus expectativas. La también clara influencia que sobre los efectos de la droga ejerce el ambiente sociológico y cultural, ya fue motivo de amplios comentarios en otro capítulo, por lo que a la hora de contestar a la pregunta del ¿por qué del abuso de drogas por parte de los jóvenes?, nos ciñamos casi con exclusividad, al análisis de las características de personalidad del adolescente.

Todos sabemos que la adolescencia es una etapa difícil; es una faceta del ciclo vital humano de profunda crisis existencial, hasta el punto de que hay quienes, como AJURIAGUERRA, consideran, a veces a la adolescencia, como una enfermedad en si misma.

La verdad es que la adolescencia es una fase evolutiva crítica, solo entendible en función de parámetros pertenecientes, tanto al mundo propiamente biológico como al psicosocial. Su duración depende no solo de los cambios madurativos corporales, sino en gran medida, de las normas socioculturales que más o menos explícita o implícitamente, acotan su comienzo y terminación.

En sociedades menos evolucionadas que la nuestra, este período crítico se acorta y se termina mediante ceremonias de iniciación, tendentes a preparar al joven para que haga frente a sus responsabilidades como adulto. Lamentablemente en nuestra sociedad, la duración de la adolescencia se ha alargado de forma inusitada, merced a actitudes de maternaje-dependencia apoyadas en criterios racionalistas sobre la formación y aprendizaje del joven. Se les separa a éstos durante muchos años de las responsabilidades, considerándoseles inmaduros e irresponsables, con lo que lógicamente se favorece la

«contestación» y la «protesta» como formas de lucha generacional, por una parte, y por otra, al no preparárseles convenientemente para el estado adulto, lo enfrentamos a un mundo duro y deshumanizado, frente al que adoptará actitudes de rechazo conducentes a su inadaptación y consecuente «marginación».

Si unimos a las dificultades propias de la adolescencia, los condicionantes medioambientales que la prolongan, nos encontramos con un magnífico caldo de cultivo en el que pueden germinar todo tipo de conductas psíquicamente anormales, y, por supuesto, el abuso de sustancias estupefacientes.

Partiendo precisamente de las características específicas de la personalidad tipo del adolescente, en cuya constitución nuevamente volvemos a encontrar estrechamente imbricados a lo psicológico y lo sociocultural, vamos a intentar ver si tales características psíquicas pueden ser ingredientes que favorezcan la puesta en marcha de una drogodependencia, para lo que habría que llegar a demostrar que los factores que propician el abuso de drogas, se correlacionan de alguna manera con éstos rasgos típicos de personalidad.

De las muchas posibles causas que se aducen como determinantes de drogodependencias, vamos a servirnos de aquellas que desde el punto de vista de muchos autores, más valor poseen en este sentido.

Siguiendo a BOUDREAU, cuya delimitación de ocho motivos fundamentales como condicionantes del uso y abuso de drogas, compartimos plenamente, resulta llamativo constatar como esos motivos constituyen otros tantos elementos psicológicos que conforman la personalidad de los adolescentes, hasta tal punto, que no podemos dejar de hacernos la siguiente reflexión: si, como por suerte ocurre, una gran mayoría de jóvenes no consumen drogas, hemos de concluir que nuestra juventud posee, para bien de la humanidad futura, la potencialidad vital suficiente como para sentirnos esperanzados como especie.

Veámoslo si no, analizando dichos ocho motivos en relación con los rasgos de personalidad de los adolescentes.

Relacionada estrechamente con el consumo de los alucinógenos, se considera a la *búsqueda de placer*; sin entrar en el carácter más o menos general de este impulso instintual básico, intentamos ver en que grado se encuentra presente en nuestros adolescentes. El

joven de hoy, como sujeto de una sociedad eminentemente hedonística, está sufriendo a diario el embate de éstas tendencias, de ahí, que imbuido por ellas, tienda preferentemente al placer huyendo sistemáticamente del dolor. Por si fuera poco este aprendizaje sistemático, la misma sociedad al favorecer su dependencia, dificulta el desarrollo armónico de la personalidad, lo que origina un substrato psicológico inmaduro y pueril que mantiene la primacía del «principio del placer», en tanto «*primus movens*» de la vida instintiva infantil.

Otro motivo del consumo de drogas esgrimido por BOUDREAU, es la *curiosidad*, que con mucha frecuencia es la que conduce al joven a ese primer contacto con el tóxico; su alto valor como inicio de muchas drogodependencias, se pone de manifiesto en la mayoría de las encuestas y es un dato que comúnmente se encuentra en muchas historias clínicas. Y bien, ¿no es el desvelar lo oculto, la búsqueda de aventuras, la exploración de lo desconocido, el mismo deseo de «conocer por conocer» en el más puro sentido aristotélico, en definitiva, la curiosidad, un rasgo típico de la adolescencia?. Como tal, se encuentra ante un nuevo enemigo potencial, que por no serle ajeno, se convierte en un temible aliado de la droga.

Existe una errónea pero generalizada creencia, en virtud de la cual muchos son los que piensan que ciertas sustancias posibilitan un mayor *autoconocimiento*, un descubrimiento más profundo del yo; pues bien, ambos deseos, son buscados con el mayor entusiasmo por los adolescentes, viéndose arrastrados así a un producto que no solo frustra sus deseos, sino que los esclaviza irremediabilmente.

No es tampoco infrecuente que la motivación determinante de una drogadicción esté centrada en el deseo de favorecer las *relaciones interpersonales y grupales*, que como se sabe es típico de la adolescencia; en ésta edad de la vida, la tendencia al compañerismo sincero y a la amistad auténtica, al grupo juvenil como forma de relación interpersonal coparticipativa, es una necesidad emanada de esa maduración de la sociabilidad por la que tiene que pasar el adolescente; y, las drogas, precisamente por su capacidad desinhibidora de ciertos necesarios frenos sociales, pueden ser consumidas como agentes facilitadores de esta necesidad; hay sobre todo algunas de ellas, como es el caso de la Marihuana, que al originar específicamente, sentimientos de aumentos de la sociabilidad y favorecer la

comunicación y los contactos, atraen de forma particular al joven, consumiéndolas con esta finalidad.

Como se sabe, la adolescencia es una época en la que eclosionan los sentimientos religiosos; el *misticismo* y la *búsqueda de la trascendencia espiritual*, así como las primeras crisis religiosas a que estas vivencias dar lugar, constituyen acontecimientos profundos que ponen a prueba el equilibrio afectivo-emocional del adolescente, quién, en un intento de satisfacerlos, puede recurrir al uso de drogas, como por ejemplo, la L.S.D., en cuya experiencia psicodélica y mística creará encontrar lo que en su entorno no halla; porque no cabe duda, que lo mismo en ésta forma de encauzar erróneamente una necesidad primaria, que en otras también equívocas que hemos descrito o que describiremos, gran parte de culpa la tiene la sociedad creada entre todos, que con su exceso de burocracia y tecnificación y la primacía dada a los valores materiales, es absolutamente incapaz de subvenir las necesidades de espiritualidad y trascendencia de sus jóvenes generaciones.

Cuando el adolescente capta las grandes contradicciones sociales, la deshumanización tan corriente en el mundo de hoy, esa comunicación a que por desgracia estamos todos sometidos en nuestras macrourbes, es evidente que adopte una *actitud de rechazo*. Pero, si además, debe someterse a unos patrones sociales que considera falsos y llenos de hipocresía, surge en él la contestación y la protesta. Esta *protesta juvenil* contra una sociedad no aceptada, es otro motivo frecuente del consumo de drogas, que son enarboladas como banderas de rebeldía contra su medio sociocultural.

También es frecuente el abuso de drogas, como *forma de escape* y *evasión* a las intensas tensiones de la vida moderna; tensiones, conflictos y frustraciones, que si representan una importante carga para el hombre adulto, constituyen para el adolescente una barrera, a veces difícilmente franqueable, y siempre intolerable si no son ayudados, de ahí, esos intentos de evasión en función de los paraísos artificiales creados por las drogas.

El octavo y último motivo puede adscribirse al terreno de lo propiamente psicopatológico; es decir, la droga sería buscada por el adolescente para solucionar un *trastorno de la personalidad* o un *desequilibrio psíquico*. Sería el caso de los sujetos psicóticos o con desarrollos psicopáticos de la personalidad que buscan en la droga la

resolución o exaltación de sus síntomas psíquicos.

Esta motivación conducente al consumo de drogas, de naturaleza psicopatológica, requiere que nos detengamos en su descripción, ya que se ha venido esgrimiendo, con más frecuencia de la debida, como uno de los factores fundamentales de estos abusos. Sin embargo, el que existan enfermos psíquicos, e incluso personas no propiamente enfermas, pero sí con desequilibrios psicológicos detectables, que se sometan a la acción de sustancias tóxicas para mitigar o favorecer su psicopatología, no implica el que todo adolescente que abusa de drogas, tenga que poseer alguno de estos radicales como explicación última de su conducta inadaptada.

No puede aducirse como argumento en favor de este supuesto prejuicioso, el que estudios psicológico-psiquiátricos efectuados a drogadictos, hayan puesto de manifiesto una más o menos clara patología psíquica o anomalía de personalidad, ya que dichos trastornos suelen ser la consecuencia, que no la causa, de su consumo abusivo de drogas. Pero es mucho más fácil, frente a la magnitud y trascendencia del problema de la drogodependencia juvenil, manejar la «racionalización» como mecanismo defensivo del sentimiento de culpa colectivo, que enfrentarse a la realidad de esa motivación sociocultural, en la que hunde sus raíces el binomio adolescente-droga.

Las ciencias psicológicas, y, sobre todo, las psicopatológicas, quizás por las influencias de esa conciencia colectiva culpabilizada, han sido muy proclives a buscar en el fondo de toda anomalía psíquica comportamental, una alteración básica de la personalidad individual, responsable, en última instancia, de la misma; es decir, se pretendió encontrar una personalidad anormal específica, como prerequisite de toda enfermedad psíquica. Esto, que no deja de tener un fundamento real en ciertos casos, no puede ser alegremente generalizado. El que se haya hablado de una personalidad prepsicótica en la depresión o la esquizofrenia, e incluso se hayan llegado a aislar rasgos típicos de personalidad para muchos trastornos psicósomáticos, no permite extrapolar, sin más, los resultados de estudios concretos y casos individuales, al conjunto de la patología psiquiátrica, y mucho menos, presuponer una personalidad anormal como común transfondo en la drogadicción. Ya que a medida que el avance de las ciencias psicológicas y psiquiátricas lo han permitido, se ha podido demostrar la falacia que entrañaban muchas de estas gratui-

tas generalizaciones, desmoronándose en gran medida así, los mitos deterministas de lo predisponente a ultranza, lo predeterminante sin más, lo preestructurado por sistema.

El psiquiatra de hoy es consciente, de que, sin perder de vista determinadas anomalías estructurales de claras raíces biológicas, sobre todo genéticas, como es el caso de alteraciones cromosomiales, metabólicas, endocrinas, gametopáticas, etc., que subyacen en cierto número de enfermedades psíquicas, para el conjunto más importante de las «conductas inadaptadas» que tiene que diagnosticar y tratar, no puede aducir factores meramente causales, sino motivaciones, muchas de las cuales están en nuestro más inmediato contexto sociocultural, familiar y/o social. Y ésto resulta claro y diáfano para la mayoría de las toxicomanías juveniles.

Dinámica de la relación adolescente-droga: Influencias familiares y socioculturales.

En un trabajo nuestro, que publicamos en el año 1973, tuvimos ocasión de tratar sobre las influencias de los factores familiares y socioculturales, en la problemática de la drogadicción y el alcoholismo de los niños y adolescentes. De nuestro estudio se desprendían una serie de conclusiones adscribibles perfectamente a la vertiente sociogenética de estos trastornos comportamentales, cuya vigencia en el momento actual, me llevan a basar mis comentarios de éste apartado de mi exposición, precisamente en ellas.

Comprobámos dos hechos realmente de interés. Uno era la existencia de matices diferenciales entre las características de personalidad de los sujetos alcohólicos y drogodependientes, lo que nos permitía establecer como dos círculos independientes para el conjunto de las drogadicciones: El de los alcoholismos y el de las otras toxicomanías.

Esta primera apreciación, que a primera vista pudiera parecer que entra en contradicción con lo que antes hemos dicho respecto a la dudosa existencia de una personalidad premórbida específica, no resulta tal si tenemos en cuenta nuestra segunda conclusión, a través de la cual se especificaba que esos matices diferenciales en la personalidad, se adquirirían en función de las influencias morbígenas del medio familiar o sociocultural.

Como se deduce de los hechos apuntados, se trata de diferencias

de matices entendibles como rasgos psicológicos que, en principio, no comportan ningún tipo de valencia patológica; por otra parte, se adquieren mediante la convivencia familiar y social, no siendo pues congénitos; por si fuera poco, no tienen por que darse invariablemente en todos los individuos alcohólicos y drogadictos, aunque su frecuencia resulte significativa estadísticamente.

En los alcohólicos pueden apreciarse dos rasgos de personalidad ciertamente característicos: Su «deficiente dotación para la comunicación interhumana» y su «incapacidad para tolerar las frustraciones». Ambos rasgos comportan «vivencias de soledad y sentimientos de desesperanza», que la mayoría de las veces son ahogados en el alcohol, que además les sirve como vehículo favorecedor de la comunicación y eleva su dintel de tolerancia a la permanente frustración que para ellos es la vida misma. Pues bien, éstos rasgos hunden sus raíces en el carácter morbígeno del grupo familiar del enfermo alcohólico.

Por lo general, el estudio psicobiográfico de estos pacientes, nos permite apreciar una familia con netos rasgos de desintegración (divorcio afectivo entre los cónyuges, separaciones reales de la pareja parental, frecuentes agresiones y otros comportamientos violentos entre los progenitores, francos signos de alcoholismo del padre y/o de la madre, etc.). Estos antecedentes familiares de alcoholismo no suelen supeditarse solo a los padres del paciente, sino que se extienden a otros parientes como abuelos, tíos y hermanos.

¿De qué manera este grupo familiar claramente morbígeno incide sobre la génesis del alcoholismo mismo, y, sobre esos rasgos propios de la personalidad del alcohólico?

El contacto convivencial desde la infancia con el progenitor alcohólico, los hábitos alcoholomanígenos establecidos por éste en el seno de la familia, y, el mecanismo inconsciente de «identificación parcial», pueden ser otras tantas notas explicativas, que nos hacen entender la génesis sociofamiliar de muchos etilismos; pero no es este el momento de entrar en su análisis, sino en el de las influencias que poseen en la creación de esos rasgos de personalidad característicos del alcohólico.

Es muy difícil que una familia disgregada, satisfaga las necesidades básicas de sus miembros, y mucho menos, que sirva de marco de referencia, para la estructuración de un comportamiento individual

en consonancia con las exigencias del grupo extrafamiliar. Si el niño no aprende en el seno de su microgrupo parental, las más elementales nociones de la comunicación interpersonal, difícilmente podrá mantener relaciones interhumanas satisfactorias en su medio social; de ahí, ese rasgo de deficiente dotación para la comunicación, que considerábamos como específico de los enfermos alcohólicos. De igual forma, si la cooperación familiar en la búsqueda de soluciones a los conflictos, no existe, e incluso, el mismo ambiente familiar es el terreno abonado para su florecimiento, no podemos extrañarnos de la incapacidad para tolerar las frustraciones, también propia de estos pacientes.

Así como en los alcohólicos se pueden aislar unos rasgos típicos de personalidad, que pueden ser considerados como previos y favorecedores de su conducta etilica posterior, en el caso de los otros toxicómanos estos resulta mucho más difícil, y salvo los específicos rasgos psicológicos de la adolescencia en general, que como ya dijimos, bien son un mero tránsito, que superado conduce a una vida adulta plena, o bien, si las circunstancias ambientales así lo propician, a una dependencia de las drogas, o a cualquier otro tipo de trastorno psíquico, no suelen detectarse personalidades con una estructura característica.

Ya de por sí, ésto sería una característica diferencial entre uno y otro grupo de drogodependientes, sin embargo, hay algo más en este sentido, a lo que hacíamos referencia de manera implícita en nuestra segunda conclusión del trabajo que comentamos. Me refiero a que, así como en el alcohólico, lo mismo la génesis de su abuso que sus rasgos de personalidad, se gestan preferentemente en su medio sociofamiliar, en el caso del drogodependiente no alcohólico, los factores favorecedores de su abuso están más anclados al medio sociocultural que al micogrupo parental.

Intentemos para clarificar este último extremo, recapitular sobre los motivos más frecuentes que conducen al joven a la droga (curiosidad, rebeldía, deseos de evasión, etc), y al hacerlo, observamos que la mayoría de ellos están determinados por la pugna entre sus peculiares rasgos psicológicos de adolescente y la acción coercitiva que sobre los mismos ejerce el medio sociocultural. Y es así, precisamente, como las características propias de la personalidad del joven (rebeldía hacia lo establecido, deseo de libertad e independencia, fa-

lidad para las evasiones fantásticas, necesidad de autoafirmación, etc.) entran fácilmente en conflicto con las restricciones que les impone la sociedad, favoreciéndose también por este camino, el contacto con la droga.

En definitiva, y para concluir, como ya hemos tenido ocasión de afirmar en otro capítulo, tanto unos como otros drogodependientes presentan más que una personalidad dada, un estado de ánimo básico, la angustia, del que pretenden evadirse mediante el consumo de drogas. ¡Y he aquí donde reside precisamente su peligro!

BIBLIOGRAFIA

- BOUDREAU, A.: Connaissance de la drogue. Ed. du jour. Montreal. (1970).
- BOUDREAU, A. et al.: Toxicomanies autres que l'alcoolisme. Enc. Méd. Ch. Psychiatry. Paris, (1972).
- CALCEDO ORDOÑEZ, A.: Uso y abuso de psicoestimulantes y otras drogas en el medio universitario. Actas Luso-Española de Neurol., Psiquiat. y C. Afines, 30, 3, (1971).
- CLAVERO y cols.: En: POLAINO-LORENTE, A.: Obra Citada. p. 729.
- CHAPPEL, J. N. y cols.: En: SEVA DIAZ, A.: Salud Mental Evolutiva. Libros Pórtico. Zaragoza, (1983). p. 398.
- GONZALEZ INFANTE, J. M. y cols.: Toxicomanías juveniles. Rev. Méd. de la Universidad de Sevilla. Núm. 24. T. V, Mayo-Junio, (1973).
- GONZALEZ INFANTE, J. M. y SORIANO ORTEGA, M.: Aspectos familiares y socioculturales de las drogas y el alcoholismo en la infancia y adolescencia. Rev. Hispalis Méd. XXX, 344. Febrero, (1973).
- MELLADO COT, M.T.: En: SEVA DIAZ, A.: Obra citada, p. 399.
- NOBLE, P. et al.: Ibidem. p. 398.
- POLAINO-LORENTE, A.: Psicología Patológica. Vol. II. UNED. Madrid, (1983).
- SEVA DIAZ, A.: Investigaciones sobre el consumo de alcohol, estimulantes y tranquilizantes en el medio universitario. Libro Comunicaciones XI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. Málaga, (1971).
- SILVO MUÑOZ, M.: Narcotráfico ilícito internacional. Actuación de la Guardia Civil. I Curso sobre Estupefacientes y psicotropos. Sevilla, Nov., (1980).
- WEBB.: En: SEVA DIAZ, A.: Obra Citada. p. 398.
- WEINWE.: Ibidem. p. 398.

CAPITULO IV

PROBLEMATICA ACTUAL DE LOS ALCOHOLISMOS

Por José Manuel GONZALEZ INFANTE

CONCEPTO DE ALCOHOLISMO

Quizás en la década de los años cincuenta, hubiera sido muy fácil exponer con claridad y precisión, una temática como la que va a ser objeto de mis comentarios en este capítulo. Por entonces, el alcoholismo se entendía como una mera intoxicación, en función de la cual, acontecían alteraciones biopatológicas y psicopatológicas que, por su trascendencia vital las primeras, y por su aparatosidad y conflictividad las segundas, no exentas, por otra parte, también de riesgos vitales, exigían a la medicina científico-natural una toma de postura conceptual frente al problema, de cuya operatividad se desprendiesen unas medidas terapéuticas inmediatas.

Dicha postura se concretizó, como ya he dicho, en la consideración del alcoholismo como la interacción entre el alcohol y el organismo sometido a sus efectos. Lo que permitía entender el alcoholismo como: «el consumo excesivo de alcohol que había conducido a trastornos de salud, física y psíquica, y a problemas sociales y económicos».

Esta definición, aunque se ajusta a la realidad clínica y a las consecuencias sociales del alcoholismo, no deja de implicar un reduccionismo, que la hace poco viable para el estado actual de nuestros conocimientos sobre el problema; en principio, porque más que referirse al alcoholismo, lo que hace es describirnos sus efectos, centrándose expresamente, en lo que entendemos por «organismo alcohólico» o por «alcoholización»; además, no aclara para nada, el por qué de ese consumo excesivo de bebidas alcohólicas que, como tendremos ocasión de ver, constituye uno de los matices más importan-

tes y definidores del etilismo, al imbricarse estrechamente factores bio-psicosociales en su determinación sin cuyo conocimiento expreso, nunca podríamos estar en condiciones ni de comprenderlo, ni mucho menos, de adoptar las medidas necesarias para tratarlo o prevenirlo. El nulo valor operativo de dicha definición, salta pues a la vista, habiendo sido su inoperancia denunciada explícitamente por JELLINEK a comienzos de la década de los años sesenta.

Los alcoholólogos, superando el pesimismo terapéutico que encerraba la más que definición, descripción, mencionada, se propusieron una conceptualización del alcoholismo, no solo facilitadora de una labor terapéutica efectiva (mediante el diagnóstico precoz), sino lo que es aún más importante, basamento de acciones encaminadas a prevenirlo.

Para ello, partieron de una posición mucho más difícil de delimitar y consolidar, pero infinitamente más realista que la precedente; por que mucho antes que el factor toxicológico representado por el alcohol, antes que el factor biológico constituido por el organismo en cuyos estigmas apreciamos sus consecuencias, existe, en la esencia misma del fenómeno alcohólico, un acontecer antropológico representado por el hombre mismo.

Esta perspectiva antropológica, cuya posición relevante e inquestionable para todo el conjunto de las drogodependencias ya hemos puesto de relieve, me obliga a considerar en el alcoholismo una doble vertiente: una, trascendente, difícilmente aprehensible, compleja, centrada en la esencia misma de lo humano más oculto; otra, inmanente, más pegada al terreno, más asequible a nuestra comprensión, pero no por ello, menos difícil de abarcar.

En tanto en función de la primera no es posible establecer una definición del fenómeno alcohólico, la segunda, nos permite al menos intentarlo. A ella vamos a remitirnos, aunque sin perder de vista el espíritu doctrinal emanado de la primera.

Desde una posición médico-psiquiátrica existen dos nociones perfectamente aplicables al concepto de alcoholismo: la de SÍNTOMA y la de ENFERMEDAD.

Es evidente que el alcoholismo puede ser entendido como síntoma de algo. Aquí el término síntoma se va a emplear en un doble sentido; en el médico tradicional, porque efectivamente, el alcoholismo puede ser síntoma de un proceso somático, o más frecuente-

mente psíquico; buena prueba de ello son los enfermos psíquicos que se entregan al alcohol para mitigar sus alteraciones psicopatológicas, o que buscan en su efecto su acrecentamiento. Pero también por síntoma puede entenderse el inicio de algo que está sucediendo, ya sea un trastorno carencial, cuya exteriorización más llamativa es el abuso alcohólico, o una conflictiva existencial.

No hay quien dude, por otra parte, que el alcoholismo es una enfermedad, tanto se mire desde una perspectiva puramente nosográfica-etiotopatogenética, al comportar la existencia de una causa exógena productora de signos de intoxicación crónica, como desde el concepto de adicción, entendida como pérdida de libertad frente al alcohol, o incapacidad de poder abstenerse por completo de ingerirlo.

Sin embargo, el concepto de alcoholismo-enfermedad, se sustenta sobre algo más que el hecho de la intoxicación o la adicción, pues tanto una como otra resultan poco significativas como para servir de basamento para una definición actual de lo que se entiende por alcoholismo; ambas constituyen, bien episodios tardíos del curso clínico, o bien, pueden no tener lugar en muchos casos de enfermos alcohólicos.

Como en las restantes drogodependencias, para entender esta nueva concepción del alcoholismo, es imprescindible recurrir a la consideración del protagonista de la tragedia: el hombre alcohólico, el único que es capaz de darle su auténtica dimensión, al transformarlo en una «enfermedad humana».

Este aspecto, al que no querría dejar de hacer mención, constituirá la parte final del capítulo, permitiéndome de esta forma, centrarme ahora en dos hechos de manifiesta significación de la enfermedad alcohólica. Uno, el que, como cualquier otra, puede ser reconstruida su «historia natural», y otro, el que no puede hoy hablarse de alcoholismo en singular, ya que son varias las especies de etilismos.

Ambos hechos nos permitan comprender la alta complejidad que comporta el concepto de alcoholismo. En principio, ya vemos que no se trata de un fenómeno unitario sino plural, tanto en su etiología, en la que entran en juego lo mismo factores farmacológicos, biológicos, psicosociales y personales, como en su sintomatología, en la que encontramos distintas formas de beber, existencia de sínto-

mas somáticos generales y/o neurológicos, psicopatológicos, problemas socioeconómicos, etc.

La reconstrucción de la historia natural del alcoholismo, nos va a permitir distinguir una serie de etapas en su curso evolutivo, en cada una de las cuales el valor de los distintos factores etiológicos va a ser diferente.

La general pluralidad del alcoholismo, aparte de impedirnos poder formular una definición adecuada y precisa, nos obliga a tener que establecer clasificaciones.

Sin embargo, estos dos hechos, no solo se sustentan sobre un mayor conocimiento actual de la problemática etílica, sino que además, son otras tantas fórmulas que nos permiten hoy, enfocar con más acierto que antaño, su terapéutica y su prevención.

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD ALCOHOLICA

Aunque vamos a intentarlo, no crean que resulta fácil la reconstrucción de la historia natural de esta enfermedad, ya que, pareciera que el alcoholismo, a medida que más conocimientos poseemos sobre él, más aspectos ocultos entrañase, teniendo desde ahora que proclamar, la imposibilidad de abarcarlo en totalidad. No obstante, debemos a van DIJK, a quien seguiremos con este propósito, una descripción de las distintas etapas constitutivas de su historia natural, cuyo interés puede seguir teniendo hoy plena vigencia.

Según este autor, existiría una primera etapa que designa como de *contacto inicial*, en la que la costumbre social, la consideración del alcohol como droga de la sociabilidad, etc., inducen al sujeto a ingerirlo buscando la aceptación sociocultural, la no marginación o aceptación por un grupo, el proselitismo, etc.

A esta etapa seguiría una segunda llamada de *experimentación*, que no sería más que una continuación de la primera, en la que, los mismos factores sociales apuntados, ligados a otros más propiamente personales, tales como: el afán de imitación, el deseo de autoafirmarse, la curiosidad, etc., favorecen nuevos contactos.

En ambas etapas cabe la posibilidad del «abandono» del alcohol, bien porque sea mal tolerado, o porque no satisfaga las expectativas previstas. Pero también es posible el paso de la etapa de experimentación a una tercera de *consumo moderado*, o menos frecuente-

mente, pero también posible, de *consumo excesivo*. Estas dos últimas posibilidades constituyen la tercera y cuarta etapas respectivamente, según van DIJK.

Tanto en una como en otra puede acontecer el «abandono», bien por reconversión social, por indicación médica, o por una situación accidental que produzca angustia o temor al sujeto. Pueden también darse, etapas temporales en las que se pase de una a otra; sería el caso de bebedores moderados, que por temporadas se hacen excesivos, o a la inversa.

En la cuarta etapa o de *consumo excesivo*, el sujeto podría quedar estabilizado, o bien, pasar solapadamente a la quinta etapa o de *adicción*, en la que el «alcoholismo crónico» es ya un hecho cierto, pero de la que aún con dificultad, es posible salirse, pudiéndose dar el «abandono» del alcohol. Precisamente en este caso, el papel de la acción médico-psiquiátrica orientada terapéuticamente es muy importante, téngase en cuenta además, que suele ser en este período del curso evolutivo natural de la enfermedad, cuando el paciente consulta por primera vez a un facultativo, por lo común, el médico generalista, que debe estar en condiciones de poder detectar el cuadro alcohólico, y poner los medios necesarios para conseguir el abandono del tóxico. Sin embargo, las evoluciones más frecuentes de esta quinta etapa suelen ser, bien la estabilización, o el progresivo deterioro físico y psíquico, así como social y económico, que en la clínica solemos ver en los alcoholismos graves.

Aunque el conjunto total de las etapas descritas constituye la historia evolutiva natural de la enfermedad alcohólica, como parece desprenderse de lo expuesto, no cualquiera de ellas aisladamente puede ser considerada como auténtica enfermedad; es decir, cabría preguntarse, ¿en cuáles de estas etapas estamos ante un cuadro etílico? Si tenemos en cuenta que, la mayor pérdida de libertad frente al alcohol, el consumo abusivo y la existencia de alteraciones viscerales detectables, son características comunes de las etapas de *consumo excesivo* y *adicción*, cosas muy improbables en las etapas de *contacto*, *experimentación* y *consumo moderado*, parece claro que es en ellas cuando en realidad podríamos hablar de enfermedad alcohólica propiamente dicha, lo que no debe hacernos minimizar la importancia de cualquiera de las primeras.

La historia natural del alcoholismo nos permite apreciar su au-

téntico carácter de enfermedad, lo mismo se mire desde la perspectiva del modelo médico, como desde posiciones psicológicas, sociológicas, o simplemente estadísticas.

Sin embargo, esta realidad con ser un importante avance conseguido por la ciencia de hoy, —téngase en cuenta los aún no totalmente erradicados conceptos de «vicio», «perversión», «degeneración», etc., con los que se solía calificar al etilismo—, sigue siendo todavía, un aspecto parcial, y no totalmente conocido, de lo que el alcoholismo es como «hecho humano».

Veamos si no, que es lo que ocurre con el concepto de alcoholismo enfermedad. Resulta que por más que nos esforzásemos, difícilmente podríamos establecer una definición adecuada en la que quedase incluido el problema etílico en toda su magnitud. PERRIN y JELLINEK, explican esta imposibilidad basándose en el carácter pluralista de los alcoholismos, de ahí que aboguen, como entre nosotros hace ALONSO-FERNANDEZ, por hablar del alcoholismo en «plural».

Precisamente, la imposibilidad de formular una definición unitaria de los alcoholismos, es la que ha conducido a tener que clasificarlos.

CLASIFICACION DE LOS ALCOHOLISMOS

Que yo sepa, son al menos tres las clasificaciones más conocidas actualmente. Todas, como es lógico, poseen sus ventajas clínicas y sus limitaciones. Me refiero a las de FOUQUET de 1955, la de JELLINEK de 1960 que es la más generalizada y conocida, y la española de ALONSO FERNANDEZ descrita por este autor en 1968. Esta última, muy utilizada en nuestro país, tiene la ventaja de ser sencilla y perfectamente ajustada a la realidad clínica.

De las tres, vamos a exponer aquí, solamente las dos últimas en base a su interés y utilidad para el establecimiento de un diagnóstico.

Clasificación de JELLINEK (1960).

En ella se establecen cinco especies distintas de alcoholismos, que se designan mediante las primeras letras del alfabeto griego, y que en síntesis, son las siguientes ateniéndonos a las características

diferenciales que les asignaba este autor:

a) **ALCOHOLISMO «ALFA»**.— Los sujetos portadores de este tipo de alcoholismo poseen una dependencia psicológica continua para el efecto del alcohol, que suelen tomar con el fin de contrarrestar o neutralizar algias corporales o situaciones emocionales penosas, debidas a enfermedades somáticas o psíquicas. El alcoholismo en este caso, sería un síntoma más de la enfermedad subyacente, siendo pues esta especie, la típica representación del alcoholismo-síntoma al que ya hicimos referencia. Suelen ser también bebedores indisciplinados socialmente, ya que con facilidad, se saltan la más elemental normativa social en cuanto a la manera de beber; así, no suelen hacerlo con las comidas, sino en cualquier momento del día; lo hacen lo mismo en el trabajo, que en su casa o en un local público; no tienen en cuenta para nada la cantidad que ingieren, sobrepasando generalmente, aquellas cantidades cuyos efectos van a descontrolar su conducta, etc. Sin embargo, estos sujetos no carecen de falta de control frente al alcohol, pudiendo ser capaces de abstenerse de tomarlo durante períodos de tiempo. Son sujetos que no presentan nunca signos propios del síndrome de abstinencia. Un bebedor de este tipo puede pasar a hacer un alcoholismo gamma.

b) **ALCOHOLISMO «BETA»**.— Los bebedores afectos de esta variedad de etilismo presentan signos clínicos de intoxicación alcohólica, tales como gastritis, polineuritis, hepatopatías, etc., y sin embargo, no tienen ni dependencia física ni psíquica frente al alcohol. Pueden dejar de beber sin presentar síntomas de abstinencia. La motivación que les induce al abuso excesivo de bebidas alcohólicas es de raíz sociocultural, asociándose los hábitos seguidos por su grupo social con pautas de alimentación deficientes.

Así como lo más característico del alcoholismo «alfa» es la motivación que les induce a beber excesivamente, la existencia de un trastorno psíquico subyacente, en el caso del alcoholismo «beta» los incentivos que favorecen la ingestión, son compartidos por otra forma de alcoholismo, el «delta», de ahí que su rasgo más definidor sea la presentación de alteraciones somáticas secundarias a la acción del tóxico sobre el organismo.

c) **ALCOHOLISMO «GAMMA»**.— En esta tercera especie de alcoholismo nos encontramos ya con sujetos con claros signos de dependencia en relación con el alcohol; así, han adquirido una tolerancia

tisular progresiva frente al tóxico, poseyendo una adaptación del metabolismo celular al mismo. En ellos además, la primitiva dependencia psicológica da paso a una cada vez más marcada dependencia física, perfectamente detectable en forma de signos de abstinencia cuando les falta el alcohol. Una cuarta cualidad que adscribe JELLINEK a esta variedad de etilismo es la de la falta de control de estos sujetos ante las bebidas alcohólicas, lo que hace que sean muy proclives a presentar frecuentemente episodios de embriagueces.

d) ALCOHOLISMO «DELTA».— Los enfermos alcohólicos de esta serie presentan la tolerancia tisular, la adaptación metabólica y la dependencia física que ya hemos visto que se daban en los «gamma», diferenciándose de éstos únicamente en que no poseen falta de control frente al alcohol, es decir, pueden controlar su ingesta que por más que sea excesiva, no les conduce a presentar episodios de embriaguez; sin embargo, estos sujetos poseen de forma muy marcada una incapacidad de abstenerse de alcohol, teniendo por ello que beber todos los días, ya que en caso contrario manifiestan síntomas típicos de abstinencia. La motivación que en ellos ha conducido al abuso excesivo es como en el caso de los «beta» de índole sociocultural, consistiendo por lo común, en adoptar la costumbre propia de su medio.

e) ALCOHOLISMO «EPSILON».— Suele tratarse de una de las formas menos frecuentes de etilismos, caracterizada por la compulsión irresistible a tener que ingerir bebidas alcohólicas. Estos sujetos no son consumidores habituales, haciendo abusos excesivos que con frecuencia les conducen a episodios de embriaguez de manera esporádica, y siempre determinados por un irrefrenable impulso patológico. Por esta razón, como con todo acierto afirma ALONSO-FERNANDEZ, se trataría de una subvariedad de alcoholismo «alfa», o lo que es lo mismo, una subforma de bebedor enfermo psíquico dentro de la clasificación de este último autor.

Conviene, una vez expuesta la clasificación de JELLINEK, extraer de la misma el concepto de alcoholismo sustentado por este gran alcoholólogo, a quien debemos mucho en el conocimiento de la intrincada dinámica de esta drogodependencia.

Para JELLINEK solo dos de sus variedades de alcoholismos pueden ser consideradas como auténticas formas de etilismo-enfermedad, concretamente los tipos «gamma» y «delta». El alcohó-

lismo «alfa», como ya hemos dicho, sería un mero síntoma de un trastorno subyacente, pudiendo, no obstante, evolucionar hasta transformarse en una forma de alcoholismo «gamma». En cuanto al alcoholismo «beta», sería para JELLINEK, el resultado del consumo excesivo de bebida, pero sin la existencia de dependencia física o psíquica al alcohol. Por último su especie «épsilon» podría ser, bien una forma similar al «alfa», es decir, un síntoma de una enfermedad, como por ejemplo, la epilepsia, o bien, una enfermedad en si mismo.

De la clasificación, y sobre todo, de estos últimos comentarios que sobre ella hace su autor, cabe deducir su concepto de alcoholismo, que se sustenta en las siguientes premisas:

1. Adaptación del metabolismo celular al alcohol.
2. Tolerancia hística progresiva.
3. Síntomas físicos de abstinencia.
4. Falta de control o incapacidad de abstenerse del alcohol.

Clasificación de ALONSO-FERNANDEZ. (1968).

Para él, en el discurrir histórico vital de todo alcohólico pueden aislarse como tres importantes etapas:

La primera estaría representada por la existencia de una personalidad con rasgos característicos a la que llama personalidad prealcohólica.

La segunda la constituiría la estructuración de un mundo o una existencia, montado sobre las vivencias alcohólicas.

La última sería la aparición de alteraciones somáticas y psíquicas determinadas en el organismo por el consumo del alcohol.

Las dos etapas referidas en último lugar, constituyen estructuras representativas de la enfermedad alcohólica, si bien una, la de «organismo alcohólico», se sustenta sobre premisas bio-toxicológicas, mientras que la otra, la de «mundo o existencia alcohólica», lo hace en base a postulados psico-antropológicos.

En tanto el concepto de alcoholismo se base en el de «organismo alcohólico», cosa que se hizo antaño, pero que es totalmente criticable desde nuestra actual perspectiva del problema, se simplifica la compleja trama del alcoholismo, haciendo su etiología unitaria, que se centraría exclusivamente en el consumo excesivo de alcohol.

Pero como hemos podido comprobar este reduccionismo nos aparta por completo de la realidad, de ahí, el que haya que basar el concepto de alcoholismo en el de «existencia alcohólica», en la que los radicales etiopatogénéticos son múltiples, dando lugar a una multiplicidad de formas de alcoholismos.

Pues bien, la clasificación de ALONSO-FERNANDEZ, siguiendo estos postulados se basa precisamente en la presentación clínica de tres tipos básicos de existencias o mundos alcohólicos, que comportan tres tipos de hombres afectos de etilismos;

1. El bebedor excesivo regular.
2. El bebedor enfermo psíquico.
3. El bebedor alcoholómano.

Vamos a describir las características de estas tres formas de alcoholismo de la manera más sucinta posible, para lo cual nos remitiremos a señalar cuatro rasgos esenciales: El tipo de vivencia que los sujetos tienen frente a los efectos del alcohol, los matices del abuso que hacen de éste, la génesis del consumo y ciertos rasgos definidores de cada uno de estos bebedores.

1. BEBEDOR EXCESIVO REGULAR.

- Vivencia del alcohol: Como la consolidación de un mundo grato y placentero.
- El abuso que hacen del alcohol es «crónico», no apoyándose originariamente en una necesidad biológica o psicológica.
- Génesis: Obedece a factores socioculturales.
- Rasgos definidores: Suelen ser sujetos que consumen habitualmente cantidades de alcohol que sobrepasan el 20% de las calorías totales de su dieta. No tienen falta de control para parar de beber, ni impulso a la embriaguez, por lo que tales episodios o no se dan nunca o son muy infrecuentes.

2. BEBEDOR ENFERMO PSIQUICO.

- Vivencia del alcohol: Como medio para modificar, exaltando o disipando, las vivencias emanadas de su mundo psicopatológico.
- El abuso que hacen del alcohol es «impulsivo».
- Génesis: Reside en la enfermedad psíquica subyacente.
- Rasgos definidores: La impulsividad y la indisciplina social.

3. BEBEDOR ALCOHOLOMANO.

– Vivencia del alcohol: Como la evasión de una realidad que resulta insoportable.

– El abuso que hacen del alcohol es «impulsivo», impulso que nace o se apoya originariamente en una necesidad psicológica.

– Génesis: En ella influyen de una manera preferente los rasgos de personalidad del sujeto, que según ALONSO-FERNANDEZ serían: vivencias de soledad, sentimientos de desesperanza e imperio del presente anónimo y pasivo, lo que constituiría para este autor, «una constelación básica prealcoholómana»(*).

– Rasgos definidores: Beben con una frecuencia irregular, suelen hacerlo hasta no poder más, terminando, por ello, con frecuencia en episodios de embriaguez.

Como hemos podido comprobar, mientras la clasificación de JELLINEK se sustenta sobre un concepto de alcoholismo excesivamente estricto, estructurado en torno a los conceptos de tolerancia, adaptación metabólica y dependencia psíquica y física, la de ALONSO-FERNANDEZ lo hace sobre un concepto de alcoholismo mucho menos restrictivo, y, sobre todo, centrado en aspectos más vinculados al hombre alcohólico que a condicionantes de orden meramente biológicos. Tanto una como otra resultan muy útiles para la práctica clínica, permitiéndonos establecer un diagnóstico, mucho antes de que los efectos del alcohol sobre el organismo sean irreversibles. En este sentido, y precisamente por ser menos exigente en cuanto a los requisitos necesarios para asentarlo, así como por su sencillo manejo, nos parece más práctica la del autor español.

Téngase en cuenta que todas estas clasificaciones poseen el interés de haber superado el antiguo concepto de alcoholismo, gracias a lo cual, como decíamos, no hay que esperar para diagnosticarlo el encontrar signos y síntomas de alcoholización. Tan alcohólico se considera hoy día al alcoholómano que bebe para evadirse de su conflictiva existencial, o para superar determinadas dificultades en

(*) Esta «constelación dinámica personal prealcoholómana», no es equivalente a la existencia de una personalidad específica, entendida como estructura global, ya que salvo estos rasgos propiamente alcoholomanígenos, la personalidad de estos sujetos es tan diversa como cualquier otra.

sus relaciones interpersonales, pero que carece del más mínimo síntoma de afectación orgánica por el alcohol, como el sujeto en el que una somera exploración clínica, revela la existencia de una importante afectación somática de origen etílico. En este orden de ideas, no podemos olvidar que dentro de la historia natural de la enfermedad alcohólica, el alcoholómano representa una primera etapa en su evolución, de la que más tarde o más temprano, se pasará a esa segunda etapa, irreversible ya, de organismo alcoholizado. Precisamente y gracias a poder establecer un diagnóstico precoz, podemos en la actualidad conseguir prevenir esos efectos irreversibles en el organismo, frente a los que los médicos poco es lo que pueden hacer.

Pero, en otro orden de ideas, téngase en cuenta además, que los efectos del alcohol no se circunscriben exclusivamente a las complicaciones somáticas, sino que se extienden a las vertientes psíquicas y socioculturales del hombre. Pues bien, las complicaciones psicológicas y sociales del alcoholismo aparecen mucho antes que las orgánicas, adscribiéndose a esas primeras etapas de su evolución. Su prevención pues, exige aún más, el detectar la enfermedad a su inicio.

No voy a entrar aquí en el análisis de las distintas complicaciones debidas al alcoholismo, por más que su enorme trascendencia no pueda ser cuestionada por nadie, ya que no era ésta la intención perseguida en el capítulo que nos ocupa; remito para ello al lector, a la abundantísima bibliografía que existe sobre el tema y en la que encontrará referencias mucho más precisas de las yo pudiera darle ahora. No obstante, y dada su importancia, voy a intentar resumírselas en sendos cuadros sinópticos seguidamente.

COMPLICACIONES SOMATICAS DE LOS ALCOHOLICOS

I. MEDICAS

- a) Hepatopatías: Cirrosis hepáticas.
- b) Gastropatías: Gastritis y ulcus.
- c) Cardiopatías.
- d) Vasculopatías.
- e) Endocrinopatías: Hipogonadismo y feminización del varón.

II. PSIQUIATRICAS

- a) Intoxicación alcohólica aguda:
 - Embriaguez típica.
 - Embriaguez atípica o patológica.
- b) Psicosis Metaalcohólicas:
 - Delirios subagudos.
 - Delirios agudos (Delirium Tremens).
 - Alucinosis alcohólicas subagudas y crónicas.
 - Celotipias alcohólicas.
- c) Encefalopatías alcohólicas:
 - Encefalopatía de Gayet-Wernicke.
 - Síndrome de Korsakow.
 - Demencia alcohólica.
 - Esclerosis cortical laminar de MOREL.
 - Enfermedad de MARCHIAFAVA-BIGNAMI.

COMPLICACIONES PSICOSOCIALES DE LOS ALCOHOLICOS

- I. Sobre el propio individuo alcohólico.
 - a) Dependencia psicológica.
 - b) Deterioro de la comunicación interpersonal.
 - c) Aislamiento y desarraigo.
- II. Sobre la familia.
 - a) Desajuste familiar.
 - b) Disgregación familiar.
 - c) Separación conyugal.
- III. Sobre el medio laboral.
 - a) Absentismo.
 - b) Inestabilidad.
 - c) Deterioro en los rendimientos.
 - d) Incremento de la accidentabilidad.
- IV. Sobre el contexto social.
 - a) Actos delictivos.
 - b) Accidentes de tráfico.
 - c) Inadaptación social.

Antes de concluir, y aunque solo sea de forma muy breve, vamos a hacer referencia a ciertos aspectos de la problemática antropológica de los alcoholismos.

Desde esta perspectiva cabe apuntar en principio un hecho indiscutible: el de que la «inclinación a consumir sustancias narcóticas es una peculiaridad humana general» (GROTIAN). Esta inclinación humana tiene como meta un estado: llamémosle de euforia, irrealidad, o como apunta ZUTT, de embriaguez, que es según este autor, lo que atrae y seduce. Precisamente en esta capacidad de seducción reside la peligrosidad de este estado; siendo por esta vía el alcoholismo, no una forma de manifestarse una personalidad dada, sino más bien, como afirma ZUTT, un peligro para el hombre.

La gran incognita reside pues en conocer los motivos que sustentan esa seducción y ese peligro. Siguiendo al autor anteriormente mencionado, vamos a intentar dar respuesta a la misma.

El alcohol, o más concretamente su efecto, la embriaguez, no deja de constituir un estado de ánimo, en definitiva, una modificación especial de nuestra afectividad. Este hecho, reviste el máximo interés de cara al esclarecimiento de nuestra anterior interrogante, ya que la vida afectiva, expresión de lo endotímico, posee entre otras muchas características la de no estar sometida al control de nuestra actividad voluntaria, lo que comporta que los distintos estados emanados de ella, sean situaciones en las que se está o a las que se llega, pudiendo el hombre poner los medios para desencadenarlos, pero una vez creados se desarrollan autóctonamente. Pues bien, en la embriaguez podemos llegar a sentirnos distintos, no importa que sea una simple ficción, un mero instante pasado el cual volvemos a ser lo que éramos, se trata de un estado que abre al hombre que lo experimenta perspectivas no halladas antes; en principio, lo libera —como ya hemos dicho en otra parte— de lo que no quiere ser, por otra, lo transporta a un nivel del si mismo en el que la conciencia reflexiva pierde su poder rector del actuar y el vivir. Son los niveles más elementales de lo inconsciente los que al pasar a un primer plano, asumen ahora la dirección de las acciones del hombre que se encuentra en tal estado (ya tendremos ocasión en el capítulo VI, al referirnos a las complicaciones psicopatológicas de las drogodependencias, de tratar más ampliamente este aspecto).

Pues bien, es este «estar» en una etapa evolutiva ontológica

muy primitiva, o como dice ZUTT, en nuestro devenir involuntario que conduce al olvido de si mismo, lo que atrae de la embriaguez, en cuanto hace coincidir nuestra mismidad con la mismidad del mundo. De esta forma el hombre se siente como no perteneciente ya al mundo de lo individual, sino que se funde con la totalidad de la naturaleza. Se ha perdido la libertad, la posibilidad de hacernos mediante el actuar consciente y voluntario, pero con ella, también la obligatoriedad de tener que ser los responsables de nuestra propia existencia. Se trata pues, de dejarnos llevar por el fluir continuo de la corriente vital básica en el sentido de von GEBSATTEL, pero no de una forma parcial, sino como totalidad, es decir, no solo en lo que de devenir involuntario comporta toda existencia humana en cuanto substancia vegetativa que es, sino perdiendo los ingredientes fundamentales que también la constituyen, representados por la acción voluntaria, que en última instancia son los que le dan su auténtico sentido.

Esta disolución de la individualidad en un magma vital común, es una tendencia general de todos los seres vivos de la que el hombre se sustrae con dificultad; la humanidad lo ha conseguido tras ímprobos esfuerzos: venciendo el temor a un devenir incierto, gestándolo en continua lucha contra la angustia frente a la subsistencia. La posibilidad de huir de estos estados de ánimo displacenteros, olvidándose de sí, parece natural que atraiga al hombre, por eso se ve obligado a estar permanentemente en guardia ante dicha tendencia.

Al hombre de las primeras épocas históricas le sirvió como refugio frente al temor y a la angustia su estructura de pensamiento. Lo mágico-mítico, en tanto favorecería el nosismo tribal y conculcaba la religazón del individuo con las cosas de su entorno, le hacía sentirse seguro al experimentarse como una parte más de la armonía universal; pero a medida que fue conquistando la autoconsciencia, reaparecieron ese temor y esa angustia básicos, de los que se defendía mediante la ceremonia mítica, cuyo ingrediente principal era la droga, a través de la cual se fundía en el UNO, sintiéndose naturaleza, pero perdiendo la individualidad conseguida.

Esta es la continua lucha del hombre a la que necesariamente hemos de dar respuesta, si queremos conseguir que muchos de entre nosotros no tengan que servirse del alcohol u otras drogas para superar sus angustias y temores; porque como afirma ZUTT, el polo

opuesto a la embriaguez en tanto estado afectivo particular, es otro estado afectivo, el miedo, la angustia, generado por la autoconciencia de nuestro devenir voluntario.

He aquí la génesis de la seducción y peligrosidad de la embriaguez, porque a fin de cuentas la vida humana no se realiza como devenir involuntario, siendo imprescindible para su normal desarrollo la participación de la acción voluntaria, de la que en este caso, el alcohol, o cualquier otra droga, en otros, puede apartarnos fatalmente.

Entiéndase esta acción voluntaria no solamente como un realizar, un emprender, un hacer algo que de forma a nuestra existencia, sino también como un saber «renunciar»; sobre todo, renunciar a esa dimensión de «ser en sí», de lo inanimado, de la transformación en mera cosa, a la que tiende nuestra naturaleza para escapar de la angustia y el miedo, perdiendo de vista esa otra dimensión ganada penosamente por el hombre de «ser para sí» (SARTRE).

El alcohol representaría, empleando una terminología existencial geidegeriana, la «existencia inauténtica» en la que se pretende disolver el miedo y la angustia. En la embriaguez se ha perdido el camino terrible, pero auténtico y real del hombre en cuanto «ser para la muerte», que ha quedado transformado en «ser para el tóxico».

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO-FERNANDEZ, F.: Fundamentos de la Psiquiatría actual. Editorial Paz Montalvo. 3ª. Edición, 1977. ps. 431-511.
- DIJH, W. K. van: En LOPEZ-IBOR ALIÑO, J. J.: Orígenes, etapas y mantenimiento del alcoholismo. Actas luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y C. A. Vol. V, 2ª. Etapa, núm. 1. (1977). ps. 39-48.
- GEBSATTEL, V.E.F. von: En ZUTT, J.: Psiquiatría antropológica. Editorial Gredos. Madrid, 1974, p. 536.
- GROTIAN.: En ZUTT, J.: Op. cit. p. 534.
- JELLINEK, E. M.: The disease concept of alcoholism. Hill House Press. New Haven. 1960.
- ZUTT, J.: Obra citada ps. 533-546.

CAPITULO V

**COMPLICACIONES MEDICAS
DE LA ADICCION A DROGAS
POR VIA PARENTERAL**

Por José Manuel PEREZ MORENO

INTRODUCCION

– La adicción a drogas por vía parenteral (ADVP), y fundamentalmente la heroína, se acompaña de una elevada incidencia de complicaciones médicas. De estas, las infecciosas son con mucho las más frecuentes y las que ocasionan una mayor tasa de morbilidad y mortalidad. Es interesante reseñar que estos pacientes pueden adquirir las mismas infecciones que la población no adicta y que a menudo se asocian simultáneamente varias complicaciones, lo cual es más frecuente cuánto más larga es la historia de adicción.

– La ADVP, unida al empleo de sustancias adulterantes, a la falta de asepsia en su inoculación y a los hábitos sociales y sexuales del drogodependiente, ocasiona una patología muy variada y de etiología predominantemente infecciosa, la cual conlleva de un 40-65% de los ingresos hospitalarios y del 10-15% de las muertes en este subgrupo de la población. Las infecciones de partes blandas (IPB) y las hepatitis son los procesos más frecuentes, siendo el tétanos y la endocarditis infecciosa (EI) los más graves. A estas se suman por su trascendencia la muerte súbita, el edema agudo de pulmón y los episodios de sobredosis.

– La toxicomanía por heroína se comporta como una enfermedad infecciosa epidémica, con un periodo de incubación muy corto, por lo que la comunidad dispone de escasos signos de alerta para su adecuada contención.

– La heroínomanía ha dejado de ser una drogodependencia exquisita para convertirse en un problema de salud pública. Su incidencia se detecta a través de los indicadores de asistencia y morbilidad y en conjunto, en nuestro país, lenta y progresivamente nos estamos colocando en un nivel alto de consumo. Los datos indirectos

proporcionados por las detenciones por tenencia y tráfico de drogas, decomisos policiales y número de toxicómanos atendidos en urgencias hospitalarias, son reveladores del progresivo aumento del consumo y del comercio existente detrás del drogadicto, aunque la prevalencia exacta en una determinada área geográfica es muy difícil de conocer con exactitud.

ETIOPATOGENIA

– Probablemente el primer contacto del toxicómano con el mundo sanitario se produce en los Servicios de Urgencias, existiendo el deber moral de atenderlos como cualquier otro paciente.

– Las urgencias por ADVP (principalmente heroína) se producen bajo tres posibilidades:

1.– Pacientes que acuden voluntariamente en crisis de abstinencia para pedir medicación y/o petición de información sobre terapias de desintoxicación.

2.– Toxicómanos detenidos que presentan síndrome de abstinencia durante la reclusión policial.

3.– Toxicómanos que acuden (voluntariamente o a través de amigos, consejo familiar o médico) por patología orgánica asociada.

– Entre los factores etiopatogénicos, que explican las complicaciones médicas de este colectivo, destacamos la acción directa del tóxico, vías de administración, material utilizado, deficiente estado inmunológico y ambiente social del drogadicto. A continuación desarrollaremos cada uno de ellos:

A.– *Acción directa del tóxico.* La droga «per se» parece tener poca importancia patógena, salvo en los casos de sobredosis ya que se trata de un potente depresor del centro respiratorio bulbar pudiendo ocasionar la muerte por parada respiratoria.

B.– *Vías de administración.* Los toxicómanos utilizan todas las vías posibles para la administración de la droga, siendo la intravenosa y la subcutánea las preferentes. Las lesiones locales, más o menos profundas, y el paso de la droga con sus contaminantes al torrente circulatorio dependerá de la vía usada y de la antigüedad del hábito. Es obligado destacar dos factores esenciales, de una parte la nulidad de asepsia cutánea dependiente del grado de educación y de sofisticación del drogadicto así como de su status socioeconómico y el modo de vivir la droga, y por otra la ruptura repetida de la barrera

cutáneo-mucosa producto del pinchazo reincidente, observándose por este motivo que estos enfermos tienen una tasa de *Estafilococos aureus* en piel y mucosas superior al de la población no adicta.

C.— *Material utilizado*. En este apartado es importante destacar los contaminantes que se emplean para la adulteración de la droga, y que vienen a constituir prácticamente un 95% del total inyectado. Los más usados son la quinina, estriquina, talco, lactosa, almidón, azúcar molido... etc. Junto a esto es de reseñar la falta de esterilización y asepsia durante la adulteración, el empleo de material de inyección no estéril, siendo práctica habitual el uso común de éste en grupo.

D.— *Deficiente estado inmunológico*. Es frecuente la afectación de la inmunidad humoral asociándose su patogénesis a una respuesta anómala del sistema inmune por la estimulación continua debida a la inyección crónica de gérmenes y sustancias extrañas al organismo. El efecto de la drogadicción sobre la inmunidad celular se ha estudiado poco, pero es un tema en boga ya que en 1982 se comunican casos de Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en ADVP. Al parecer la heroína o los adulterantes no son causa del mismo, barajándose la posibilidad de que el uso de la vía parenteral favorecería la transmisión de un agente biológico capaz de invertir el cociente de linfocitos OKT₄/OKT₈, por disminución de los linfocitos T «helper» o colaboradores y aumento de los linfocitos T «citotóxicos» o supresores.

E.— *Ambiente social*. En este colectivo es importante comentar una serie de factores que contribuyen a originar y mantener las complicaciones médicas que padecen. Así tenemos el deficiente estado nutricional asociado con frecuencia al hábito etílico, condiciones higiénicas, prácticas homosexuales, alto índice de tatuajes... etc.

MUERTE EN ADICTOS A HEROINA

— Dejando a un lado la muerte violenta por homicidio, suicidio o accidentalmente que representan del 20-40% de todas las causas de muerte en este colectivo y los fallecimientos secundarios a complicaciones médicas, dedicamos un apartado a la muerte súbita.

— Se trata de un hecho cada vez más frecuente, barajándose distintas posibilidades fisiopatológicas: 1.— Sobredosificación; 2.— Edeema agudo pulmonar no cardiogénico; 3.— Acción directa de las sustancias contaminantes (especialmente quinina); 4.— Reacciones agu-

das de hipersensibilidad secundarias a inyección bacteriana, acción directa del tóxico o por los adulterantes (talco, almidón...); 5.- Arritmias graves y/o anoxia por depresión respiratoria.

- Indudablemente las más frecuentes son las dos primeras, que se asocian en un 45-90% de los casos:

1.- *Sobredosis*.- Puede ser, voluntaria (homicidio, intento de suicidio) o accidental (por aumento de la dosis o de la pureza de la droga, por pérdida de la tolerancia a una determinada dosis tras un periodo de abstinencia).

- Se trata de un cuadro agudo que se da en gente joven, al que descubren accidentalmente en lugares insospechados, con signos de venopunción reciente e incluso con la aguja clavada y que presenta: Alteración variable del nivel de conciencia, que va desde la obnubilación al coma profundo. Pupilas puntiformes, mióticas y arrefléxicas. A veces falta por el uso combinado con otras drogas o por anoxia cerebral grave.

Hipotonía muscular con arreflexia general. Profunda depresión respiratoria, traducida por bradipnea con fases de apnea.

Manifestaciones cardiovasculares con hipotensión arterial, colapso, trastornos del ritmo cardíaco. Cianosis central y periférica.

2.- *Edema agudo pulmonar no cardiogénico*.- Se caracteriza por congestión pulmonar grave que llega hasta franco edema entre las 2 y las 18 horas posteriores al último pinchazo. La radiología torácica demuestra un infiltrado alveolar coalescente y bilateral (raramente unilateral) que disminuya en las primeras 48 horas. Descartada la teoría anafiláctica, los mecanismos más aceptados para esclarecer su génesis se centran en dos: a) Mecanismo neurogénico apoyado en la presencia de edema cerebral en las necropsias de sujetos fallecidos por este cuadro. Se basa en la liberación alfa-adrenérgica súbita y masiva con hipertensión pulmonar y sistémica transitoria, que ocasionaría un desplazamiento del fluido hacia la circulación pulmonar más distensible.

b) Mecanismo hipoxémico apoyado en la presencia de coma, cianosis, hipoxia universal gasométrica y buena respuesta al oxígeno. Se basa en una acción local de la heroína sobre la membrana alveolocapilar aumentando su permeabilidad y originando la subsiguiente hipoventilación e hipoxia. Otros trabajos mencionan que la hipoxia es debida a la depresión del centro respiratorio bulbar ocasionado por la droga.

COMPLICACIONES INFECCIOSAS

I) INFECCIONES DE PARTES BLANDAS

– Son las complicaciones más frecuentes en ADVP. La vía subcutánea favorece la aparición de estas infecciones; es empleada por adictos iniciales, mujeres y por aquellos que poseen una larga historia de adicción por vía intravenosa profunda con esclerosis y obliteración de las venas periféricas. El germen habitual es el *Estafilococo aureus*.

– Habitualmente se aprecian signos de venopunción con cordones venosos visibles, indurados y pigmentados. Por orden decreciente de frecuencia encontramos celulitis, abscesos, tromboflebitis sépticas, linfangitis, fascitis, piomiositis, ulceraciones, cicatrices queloides.

II) TETANOS

– Aunque su incidencia es baja se trata de la complicación más grave de la ADVP, siendo en algunas áreas urbanas la drogadicción la causa más frecuente de tétanos (57% y 76% de los casos de Chicago y New York, respectivamente).

– Es más frecuente en mujeres, por el uso de la vía subcutánea. La droga y sus adulterantes poseen un efecto irritante local, que favorece la necrosis tisular y la subsiguiente formación de abscesos, constituyendo un excelente medio de cultivo para el desarrollo del *Clostridium tetani*.

– La inmunización, activa y pasiva, de este colectivo contribuiría a la desaparición de esta temible complicación.

III) INFECCIONES PULMONARES

– Los ADVP, y sobre todo tras un episodio de sobredosis con EAP, presentan a menudo complicaciones infecciosas pulmonares, destacando la incidencia de neumonías y/o bronconeumonías, embolismo séptico, neumonitis y absceso pulmonar. Igualmente se describen casos de tuberculosis pulmonar relacionados con las deficientes condiciones socioambientales en las que conviven estos sujetos.

– La etiología puede deberse a gérmenes de vías altas, aspiración del contenido gástrico (tras episodios de descenso del nivel de conciencia) o embolismos sépticos debido al paso de gérmenes por inoculación directa (material contaminado, droga adulterada o a partir

de una EI) o a través de la piel (falta de asepsia). Los microorganismos más habituales son el *Estafilococo coagulasa* positivo y los gram positivos.

– No se ha de olvidar que a veces los infiltrados pulmonares pueden no reconocer una etiología infecciosa, y deberse a granulomas por sustancias extrañas (talco) y EAP no cardiogénico; estos cuadros pueden, a largo plazo, desembocar en fibrosis pulmonar llegando incluso a la hipertensión pulmonar y cor pulmonale.

IV) ENDOCARDITIS INFECCIOSA

– La EI es una complicación frecuente y grave, responsable del 5-10% de las muertes en ADVP. Comparando la EI del drogadicto con la que afecta a la población adicta, se observan importantes diferencias epidemiológicas: en adictos predomina el sexo masculino y aparece en edades jóvenes; la válvula más afectada es la tricúspide y el *Estafilococo aureus* es el germen más frecuentemente hallado, observándose una escasa incidencia de cardiopatía subyacente, en contra de una mayor tasa de complicaciones y de mortalidad.

– La fisiopatología se recoge en la tabla nº 1. Igualmente se señala el porcentaje de afectación valvular, con una alta incidencia de lesión tricuspídea seguida de lesión aórtica y mitral, y el predominio de la infección por *E. aureus* seguido a gran distancia de *Streptococos* (viridans, enterococcus...), *Serratia marcescens*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Cándidas*..., existiendo afección polimicrobiana en un porcentaje escaso.

Clínicamente se diferencian claramente dos cuadros dependiendo de la afectación valvular, derecha o izquierda:

a) Síndrome de Endocarditis derecha: inicio agudo con fiebre alta y escalofríos, dolor de tipo pleurítico acompañado ocasionalmente de tos productiva de expectoración purulenta o hemoptoica, auscultándose soplos en pocos casos. Radiológicamente se aprecian infiltrados pulmonares, que traducen embolismos sépticos, que pueden acompañarse de derrame pleural o empiema. Con tratamiento adecuado el pronóstico es bueno, evolucionando escasas veces con insuficiencia cardíaca derecha generalmente bien tolerada. Sólo en ocasiones surgen complicaciones del tipo de insuficiencia respiratoria aguda por embolismo séptico, o procesos sistémicos (meningitis, osteoartritis, abscesos cerebrales...) secundarios a bacteriemia, que agravan el pronóstico.

ENDOCARDITIS INFECCIOSA

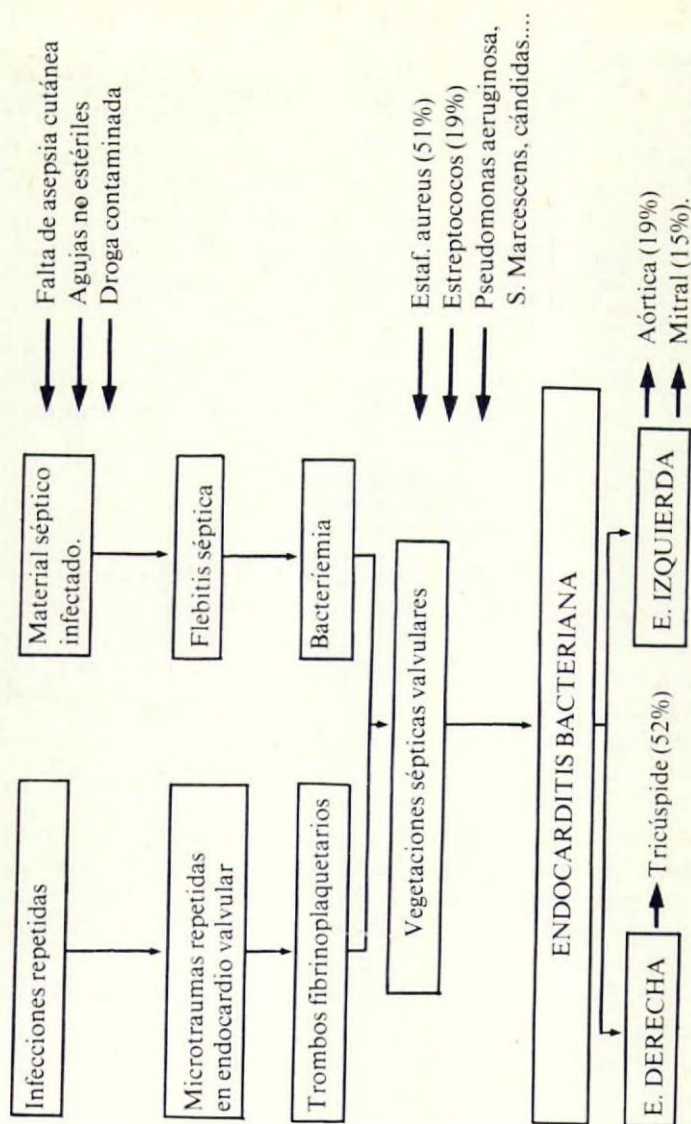


Tabla nº 1. Fisiopatología de la E.I.

b) Síndrome de Endocarditis izquierda: comienzo a agudo o subagudo con fiebre y escalofríos, fenómenos vasculares periféricos, esplenomegalia y frecuente hallazgos de soplos orgánicos. Su pronóstico es malo al acompañarse, en un elevado porcentaje de casos, de complicaciones graves del tipo de insuficiencia cardíaca, embolismo sistémicos y shock séptico.

– El diagnóstico de EI en este subgrupo de la población se establece según los criterios clínicos y microbiológicos clásicos, pero se ha de tener muy en cuenta la historia de adicción a drogas y las diferencias epidemiológicas y clínicas con respecto a los no adictos. La radiología torácica y el ecocardiograma tienen gran valor diagnóstico, así como la gammagrafía pulmonar de perfusión.

– La mortalidad por EI en estos pacientes depende del agente causal y de la válvula afectada, siendo más frecuente si la afección es izquierda. El tratamiento, en principio médico, consistirá en antibioterapia selectiva, siendo la insuficiencia cardíaca por disfunción valvular la primera causa de indicación quirúrgica.

V) HEPATITIS VIRICA

– Las complicaciones hepáticas de los ADVP, constituyen el 30% de los ingresos hospitalarios de estos enfermos, siendo considerados población de alto riesgo, lo cual comporta una gran trascendencia social con respecto a la transmisión de los virus de la hepatitis. Más del 50% de los toxicómanos reconocen haber padecido algún episodio de hepatitis, lo que unido a la elevada incidencia de afección asintomática y a la frecuente progresión a la cronicidad, demuestran la gravedad de esta complicación.

– Las perspectivas epidemiológicas de este proceso infeccioso han variado sustancialmente; se aprecia un cambio de preponderancia de áreas rurales a urbanas, con pérdida del carácter estacional y de la igualdad de sexo por el predominio masculino, así como notable cambio en la distribución por edades.

– La etiología es fundamentalmente viral, basándose en la práctica de uso común de material no desechable, la presencia de tatuajes, la promiscuidad sexual y las condiciones higiénicoambientales de este colectivo, que en conjunto favorecen la transmisión parenteral y no parenteral de los virus de la hepatitis. No obstante no se deben desdeñar las implicaciones patogénicas del alcohol, de las drogas

y de sus contaminantes, frente a una respuesta alterada del huésped.

– Generalmente nos encontramos con casos de hepatitis por virus B, aunque es relativamente frecuente varios brotes de hepatitis aguda en un mismo enfermo, lo cual atribuimos a la infección por el virus noA noB o a la sobreinfección por el agente delta. Con respecto a los marcadores serológicos, la mayoría de las series, encuentran positividad de algún marcador del virus B en más del 90% de los casos, siendo el HBc Ab el más frecuente. (Tabla nº. 2).

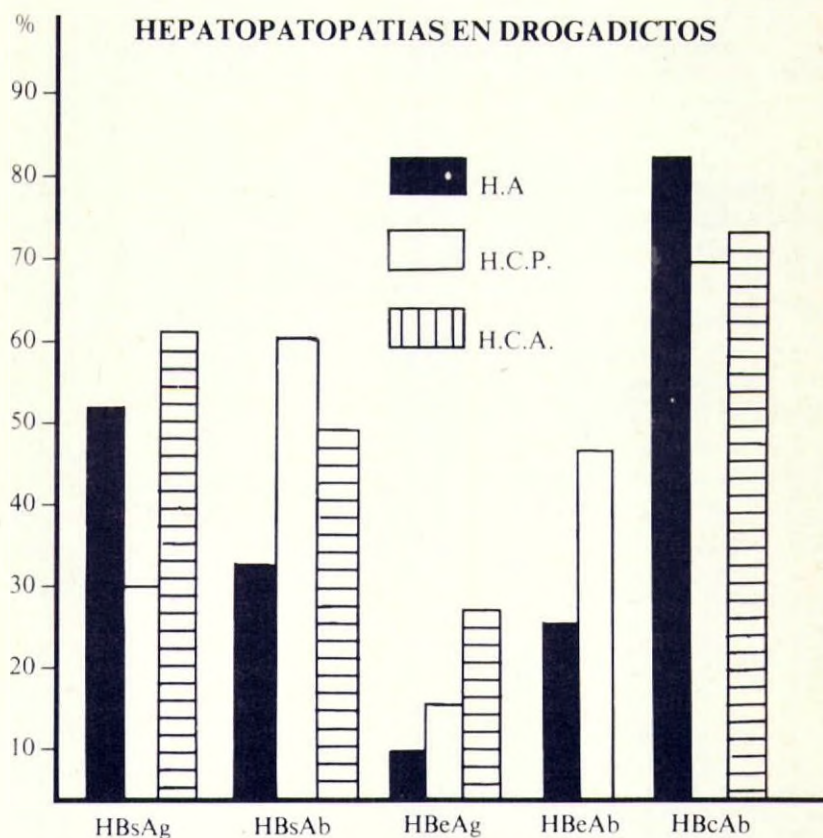


Tabla nº 2. MARCADORES SEROLOGICOS DEL V.H. B. en las Hepatopatías recogidas en nuestro medio (56 de 60 pacientes –93.3%– presentan positividad de al menos un marcador.

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO-VIRAL

- H.A.: 38 casos (63.3%) -----HVB: 34 casos.
-----HNANB: 4 casos.
- H.C.P.: 13 casos (21.6%) -----HBsAg +: 9 casos.
- H.C.A.: 9 casos (15.0%) -----HBsAg +: 5 casos.

Tabla nº 3: Incidencia de hepatopatías en ADVP en nuestro medio (Estudio de 60 casos biopsiados desde Mayo-81 a Marzo-84).

HA: Hepatitis aguda; HCP: Hepatitis crónica persistente; HCA: Hepatitis crónica activa; HVB: Hepatitis viral B; HNANB: Hepatitis por virus noA noB; HBsAg: antígeno de superficie del virus B.

- El perfil histopatológico de la lesión hepática es amplio, siendo los cuadros más comunes la hepatitis aguda y la crónica, persistente o activa, seguidos a distancia de hepatitis reactiva, crónica lobulillar, cirrosis hepática... En la tabla nº. 3, recogemos la incidencia de hepatopatías en nuestro medio (Hospital M. de Mora; Dpto. de Medicina Interna). No es raro la presencia de granulomas por los adulterantes en la biopsia hepática. En la figura nº. 1, observamos un depósito intracitoplásmico en las células de Kupffer negativo a las tinciones habituales.

- La evolución clínico-biológica de estos pacientes es mejor de la que cabría esperar, no existiendo correlación con los hallazgos histológicos, a pesar de la persistencia de su hábito tóxico y a su dificultoso seguimiento ambulatorio por la escasa incidencia de controles posteriores.

VI) OSTEOARTRITIS SEPTICA

- La osteomielitis hematógena y la artritis séptica son generalmente secundarias a bacteriemias transitorias, o bien por metástasis séptica de EI y a veces por contiguidad a IPB o por inoculación directa en drogadictos antiguos que emplean la vía intravenosa profunda. Afecta a gente joven del sexo masculino.

Suele tratarse de una afección monomicrobiana y por orden de frecuencia se aíslan, *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia marcescens*,

otros gramnegativos.... etc. Generalmente la afección es monoarticular o monostótica, localizándose con preferencia en huesos y/o articulaciones del esqueleto axial. La osteomielitis hematógena afecta a vértebras y menos a clavícula, radio y costillas; las artritis sépticas se localizan principalmente en las articulaciones sacroiliaca y esternoclavicular, seguida en frecuencia por rodilla, sínfisis pública, coxofemoral... etc.

El diagnóstico se basará en la sospecha clínica (los síntomas varían según el agente etiológico y la localización), aislamiento del germen por hemocultivo seriado y/o punción directa de la articulación afecta y la exploración gammagráfica en fases iniciales o radiológica más tardíamente. Genralmente responden bien al tratamiento antibiótico Figura nº. 2 selectivo durante 4-6 semanas, seguido de medidas ortopédicas y ocasionalmente se tomará una actitud quirúrgica.

VII) MISCELANEA

—a) La infección por *Plasmodium falciparum* se ha de tener en cuenta debido a su mecanismo de transmisión, aunque es excepcional y en nuestro país no hay ningún caso comunicado.

—b) Las complicaciones infecciosas neurológicas son secundarias a embolismos sépticos a partir de una EI o a bacteriemias y se citan entre la más frecuentes la meningitis, abscesos cerebrales o espinales, micosis... etc, siendo el cuadro clínico y la actitud terapéutica similares a las de población no adicta.

—c) El síndrome febril autolimitado es una complicación habitual pero que rara vez lleva al toxicómano a consulta médica. Se trata de un episodio febril de duración inferior a 24-36 horas, secundario a pirógenos y relacionado con los contaminantes, gérmenes y endotoxinas que se introducen en cada dosis. Generalmente no reviste importancia, pero puede ser el inicio de una complicación infecciosa de mayor gravedad, por lo que es importante su vigilancia en las áreas de urgencias de los hospitales.

—d) Los cuadros de septicemias generalmente se deben al *E. aureus* y con frecuencia el foco primario es un absceso cutáneo sobre el que inciden una serie de factores predisponentes clásicos en estos enfermos, tales como escasa higiene, malnutrición y deficiente estado inmune con hepatopatía subclínica.

—e) En este colectivo son muy frecuentes las infecciones vené-

reas debidas a las prácticas hetero y homosexuales con adictos/as. Así se describen gonorreas, uretritis, vaginitis, condilomas acuminados perianales y sífilis (en este último caso se ha de tener en cuenta que existe una mayor proporción de pruebas serológicas falsamente positivas y se ha de confirmar mediante pruebas treponémicas positivas).

COMPLICACIONES NO INFECCIOSAS

I) ALTERACIONES INMUNOLOGICAS

– En los adictos parenterales se observa una gran diversidad de trastornos inmunológicos, especulándose que su patogenia está relacionada con la presencia de una hepatopatía, que junto a la inyección crónica de sustancias extrañas, originaría una continua y repetida estimulación del sistema inmune, respondiendo este de forma anómala.

– Entre las alteraciones más frecuentes comunicadas destacamos: a) Hiperplasia del tejido linfoide, siendo común el hallazgo de linfadenopatías generalizadas, que histológicamente traducen procesos inflamatorios inespecíficos.

b) Alteraciones del electroforegrama proteico, detectándose elevaciones de las alfa 2 y las gammaglobulinas. La alteración sérica más común es el incremento de las inmunoglobulinas M y G, apareciendo inmunocomplejos circulantes en la mitad de los ADVP.

c) Presencia de autoanticuerpos, destacando títulos positivos de anticuerpos antirreticulina, antímúsculo liso y linfocitotóxicos.

d) Presencia de falsos positivos a los test serológicos, destacando en la sífilis, linfogranulona venéreo, para el látex... etc.

e) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Cuadro comunicado en 1979 y definido como el síndrome que afecta a una persona que sin tener una causa conocida de inmunidad deprimida padece una enfermedad moderadamente predictiva de un defecto de la inmunidad celular. Es 1982, cuando se asocia al consumo de drogas por vía parenteral y actualmente suponen un 14% de los casos descritos. Epidemiología similar a la de la hepatitis aguda B, se citan como vías de transmisión el contacto íntimo con secreciones de enfermos (homosexuales) o a través de la sangre (drogadictos, hemofílicos, transfundidos). Las enfermedades de base incluyen el sarcoma

de Kaposi, neumonía intersticial por *Pneumocystis carinii* e infecciones graves por gérmenes oportunistas tales como, Citomegalovirus, Cándidas, *Cryptococcus*, *Mycobacterium avium intracellulare*... etc.

II) COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS

– Quizá la más frecuente aparece en los casos de sobredosis, donde las alteraciones del nivel de conciencia se deben a una encefalopatía anóxica aguda; infrecuentemente a los días o semanas de su aparente restablecimiento reaparecen síntomas similares, que son achacados a la denominada encefalopatía postanóxica retardada de patogenia desconocida.

– Además de las complicaciones infecciosas encontramos, accidentes cerebrovasculares isquémicos, mono o polineuritis, plexitis braquial y lumbosacra, ambliopía tras el uso de quinina y síndrome de Bernald Horner tras inyección cervical de una dosis.

– El cuadro más importante es la mielitis transversa aguda, cuya fisiopatología no está totalmente aclarada. Se valora la toxicidad neurológica directa de la droga y la hipersensibilidad individual frente a sustancias adulterantes, pero en las necropsias de sujetos fallecidos por este síndrome medular se han observado áreas de necrosis medular, lo cual va a favor de una fisiopatología vasculoisquémica debida a una mala perfusión medular por hipotensión severa.

III) COMPLICACIONES MUSCULARES

– Dejando a un lado las manifestaciones musculares del síndrome de abstinencia y las de los cuadros infecciosos, existen dos cuadros clínicos perfectamente definidos, aunque de causa desconocida barajándose mecanismos patogénicos inmunoalérgicos.

– Pastan, en 1971, describe el llamado «síndrome de la heroína marrón», caracterizado por cuadro febril con intensas mialgias paraespinales y manifestaciones periarticulares, en ausencia de una hepatitis aguda o endocarditis bacteriana. Responden sin secuelas a la terapia con miorelajantes, tipo diazepam o metocarbamol.

– Richter, en 1971, describe la rabdomiolisis aguda, como complicación de la administración de heroína adulterada, en ausencia de traumatismo previo. Se caracteriza por cifras patológicas de mioglobina en sangre y orina, aumento marcado de creatinfosfokinasa séri-

ca, potenciales únicos miopáticos en el registro electromiográfico y miolisis aguda que atañe al tipo I y II de fibras en el estudio anatómopatológico. La lesión renal es frecuente apreciándose microhemorragias medulares y depósitos hialinos en túbulos distales.

IV) NEFROPATIAS

– Las complicaciones renales de los heroínómanos se reducen a dos tipos fundamentales. Una reconoce etiología infecciosa y es secundaria a procesos conocidos en estos sujetos (rabdomiolisis aguda, endocarditis infecciosa, hepatitis HBs Ag positivo) y otra de probable etiología inmunológica relacionada con un efecto directo de la droga sobre el glomérulo y con la presencia de agentes infecciosos y de sustancias contaminantes.

– La biopsia renal es imprescindible debido a la inespecificidad y diversidad de lesiones. Así se ha descrito, cambios mínimos mesangiales, glomerulonefritis (membranoproliferativa, membranosa difusa, esclerosante con atrofia tubulomesangial), amiloidosis renal y granulomas por cuerpos extraños.

– La presentación clínica es variable, destacando dos formas: proteinuria masiva con incremento de urea y alteración del clearance de creatinina o rápido deterioro de la función renal con eventual desarrollo de insuficiencia renal crónica en menos de un año. Al parecer los adictos de raza negra desarrollan nefropatías más precozmente y de peor pronóstico, no conociéndose el por qué de ello.

V) ALTERACIONES HEMATOLOGICAS

–a) Serie roja: Puede existir tanto anemia como poliglobulia. Anemia secundaria a desnutrición y alcoholismo, así como cuando se utiliza quinina como adulterante. Eritrosis y reticulocitosis relacionada con la hipoxemia secundaria a la depresión respiratoria intermitente.

–b) Serie blanca: El hallazgo más frecuente es la leucocitosis secundaria a sobredosis, pirógenos o infecciones, acompañada de linfocitosis relacionado con la estimulación antigénica crónica. La excepción aparece en los casos de SIDA donde es habitual la leucopenia con linfopenia.

–c) Serie plaquetaria: Trombopenia con aumento de megacariocitos en médula ósea y presencia de agregados plaquetarios en sangre

periférica.

VI) MISCELANEA

—a) Embolismo pulmonares no sépticos de repetición por partículas extrañas (compuestos insolubles como el talco, pequeñas fibras de algodón usado como filtro en las jeringas) que provocan obstrucción arteriolocapilar y subsiguiente alteración crónica pulmonar por fibrosis intersticial y presencia de granulomas dispersos.

—b) Entre las alteraciones visuales reseñamos la posibilidad de ceguera tras el uso de quinina como adulterante y la denominada talcosis retiniana secundaria a embolismos de las arterias retinianas por este contaminante. Figura nº. 3.

—c) Entre las complicaciones del hábito sexual de este colectivo destacan la pérdida de la libido, así como la gran incidencia de homosexualidad y prostitución. Además en la mujer es frecuente la dismenorrea y a veces amenorrea, y en el varón la impotencia coeundi. Desde un punto de vista obstétrico existe una mayor incidencia de placenta previa y toxemia gravídica en adictas embarazadas, destacando una mayor mortalidad neonatal por prematuridad o recién nacido de bajo peso y habiendo que tener en cuenta el posible síndrome de abstinencia del neonato.

FIN.

AGRADECIMIENTO: Al Dr. Ghatfan Bichara y a los Sres. ATS del Servicio de Urgencias del Hospital de Mora, sin cuya labor el seguimiento de estos enfermos sería imposible. A la Dra. Rodríguez Gómez por su constante estímulo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- MIRO, J.M.; ZAMORA, L.; GATELL, J.M.- Complicaciones infecciosas de la adicción a drogas por vía parenteral. *Enfer. Infec.* 1983; 1:227-242.
- 2.- REVENGA, M.A.- Complicaciones médicas de adictos a heroína. *N Arch Fac Med*, 1984; 97-103.
- 3.- LOURIA, D; HENSLE, T; ROSE, J.- The major complications of heroin addiction. *Ann Intern Med*, 1967; 67: 1-22.
- 4.- CHERUBIN, C.- Infectious disease problems of narcotic addicts. *Arch Intern Med*, 1971; 128:309-313.
- 5.- CAMI, J.; ALVAREZ, F.; MONTEIS, J y cols.- Heroína: nueva causa de urgencias toxicológicas. *Med. Clin (Barc)*, 1984; 82: 1-4.
- 6.- SEEF, L.B.- Hepatitis in the drug abuser. *Med Clin North Am*, 1975; 59: 843-848.
- 7.- PEREZ, J.M.; BICHARA, G.; PEÑA, L y cols.- Incidencia en nuestro medio de las hepatopatías en adictos a la heroína por vía parenteral. XV Congreso de la Sociedad Española de Patología Digestiva. La Coruña, 1984.
- 8.- OSTOR, A.G.- The medical complications of narcotic addiction 1, 2, 3. *Med. J. Aust*, 1977; 1: 410-415(1), 448-451(2), 497-499(3).
- 9.- GATELL, J.M.; MIRO, J.M.; MENSA, J. y cols.- Endocarditis infecciosa en drogadictos. Presentación de 25 casos procedentes del área de Barcelona. *Med. Clin (Barc)*, 1983; 80: 293-299.
- 10.- CUNNINGHAM, E.; BRENTJENS, J.; ZIELENZNY, M y cols.- Heroin nephropathy a clinicopathologic and epidemiologic study. *Am J Med*, 1980; 68: 47-53.

- 11.- OLLE, J. E.- El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) *Enfer Infec*, 1983; 1: 133-137.
- 12.- BOXCH, E.; MARRUECOS, L; MARTINEZ, R. y cols. Edema agudo de pulmón no cardiogénico en intoxicados por heroína. *Med. Clin (Barc)*, 1978; 70: 1-4.

SISTEMATICA DE ESTUDIO EN NUESTRO MEDIO

-INTRODUCCION.- Desde Mayo de 1981 venimos estudiando la patología orgánica del adicto a drogas por vía parenteral. En un principio nuestro interés se centró exclusivamente en el tema «hepatopatías en heroinómanos»; el número de ingresos hospitalarios era más bien escaso, hasta que finalizando 1982 comenzó la escalada progresiva que seguimos observando en la actualidad. Debido al incremento de este colectivo de pacientes ampliamos nuestro campo de acción y estudiamos toda la patología orgánica del drogadicto, junto al Departamento de Psiquiatría que se encarga del perfil psicológico, seguimiento de su toxicomanía y terapia durante los días de estancia en nuestro Centro.

- PROTOCOLO.- En la actualidad el paciente que ingresa puede proceder del área de urgencias del hospital o de la consulta de Psiquiatría. Para aceptar su ingreso el paciente debe presentar una patología orgánica que realmente lo justifique y siempre estará relacionado con la intensidad de su toxicomanía.

– En el área de Urgencias del hospital a todo drogadicto que llega se le realiza, previo consentimiento, un cuestionario que recoge datos personales y epidemiológicos, datos sobre la drogodependencia, motivo de asistencia hospitalaria; se le practica, previa exploración física, extracción de sangre para estudio de marcadores virales y batería hepática. Posteriormente se le da oportunidad de que acudan a consulta ambulatoria, tanto de Medicina Interna como de Psiquiatría.

– A los pacientes que ingresan en nuestro Servicio se le practica

el protocolo siguiente: 1) Estudio epidemiológico, 2) Exploración física, 3) Determinaciones biológicas, 4) Estudio de marcadores de los virus de hepatitis, 5) Estudio radiológico, 6) Diagnóstico histopatológico (si procede), 7) Perfil psiquiátrico. Tras su alta se le insiste en la necesidad de control ambulatorio.

– Nota: Se adjunta hojas de protocolo.

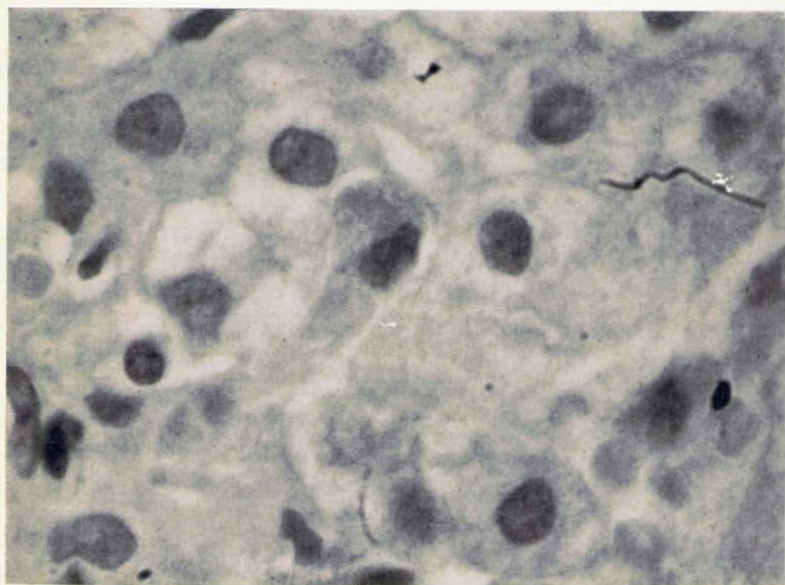


Figura nº. 1.– Cuerpo extraño en el interior de célula de Kupffer.

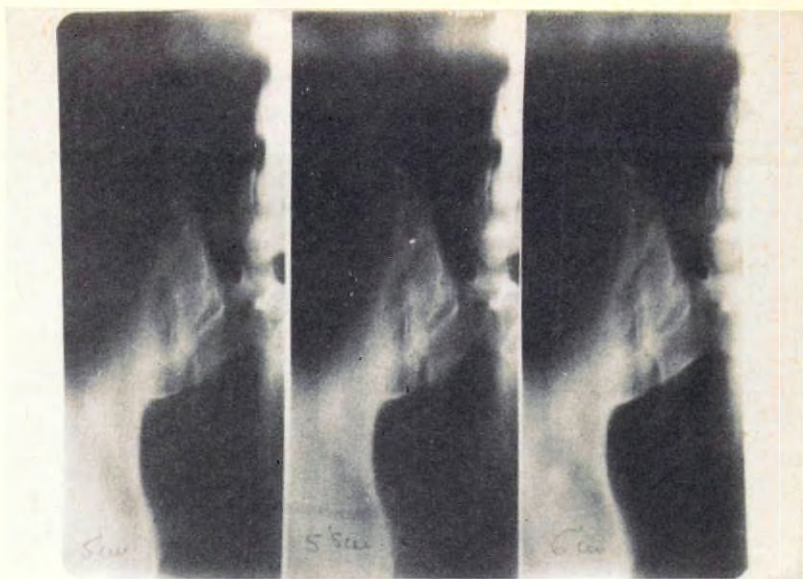


Figura nº. 2.- Osteoartritis sacroiliaca derecha por *S. aureus*. Estudio tomográfico.

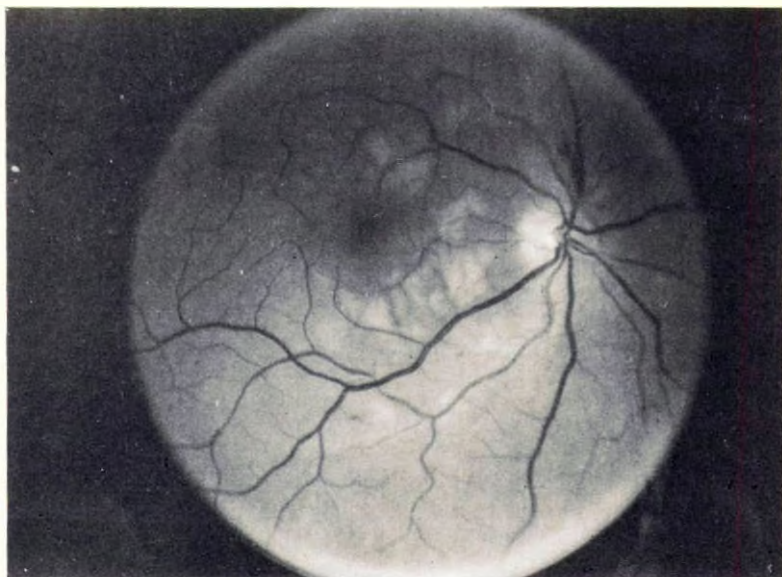


Figura nº. 3.- Talcosis retiniana.

SEGUIMIENTO ADICTOS A DROGAS POR VIA PARENTERAL

DATOS PERSONALES

FECHA:

- Apellidos: Nombre:
- Edad: Domicilio: Ciudad:
- Sexo: E. Civil: N°. Hijos: Profesión:
- Status laboral: Antecedentes penales:
- Actividad sexual: ☐ Relación con adictos/as. ☐ Homosexual. ☐ Prostitución.
- Nivel social: Nivel cultural: ¿Vive con su familia?:
- Antecedentes patológicos relacionados con las drogas. Citarla y lugar de ingreso, si fue necesario:
 - 1.- Año: Ingreso:
 - 2.- Año: Ingreso:
 - 3.- Año: Ingreso:

TOXICOMANIA DROGADICCION

- HEROINA

- Edad inicio Motivo de inicio: ☐ Escalada. ☐ Curiosidad. ☐ Desinhibición sexual. ☐ Compañeros-Pareja. ☐ Angustia-Depresión.
- Grado de drogodependencia: ☐ Experimental. ☐ Ocasional. ☐ Habitual (pero conservando su status sociolaboral). ☐ Sueldodependiente.
- Dosis/día: Tipo: ☐ Marrón. ☐ Blanca.
- Material de inyección: ☐ Desechable. ☐ Común.
- Costo/día: ☐ Inf. a 1.000 ☐ De 1.000 a 5.000. ☐ De 5 a 10.000. ☐ Más de 10.000

- OTRAS DROGAS (Mencionar edad/inicio; habitual -H- o esporádico -E-).

- ☐ HASCHIS (Dvdos del cannabis): Edad:; H E Dosis:
- ☐ LSD: Edad:; H E Dosis:
- ☐ COCAINA: Edad:; H E Dosis:
- ☐ ANFETAMINAS: Edad:; H E Dosis:
- ☐ OTROS FARMACOS: Edad:; H E Reseñar los más habituales:
☐ Valium. ☐ Rohipnol. ☐ Tranxilium. ☐ Pallidan. ☐

- ALCOHOL

- ☐ NO. ☐ SI. ☐ Esporádico. ☐ Moderado. ☐ Habitual. En este caso:
 - Tiempo: ☐ Inf. a 5 años. ☐ Sup. a 5 años. Subrayar tipo de bebida: cerveza, blanco, tinto, cognac, whiskie, bebidas blancas...
 - Cantidad aprox./ día: ☐ Menos de 1.5 litros. ☐ Más de 1.5 lit.

ASISTENCIA HOSPITALARIA

- FRECUENCIA: ☐ 1ª vez. ☐ Reincidente: citar fechas:
- ACUDE: ☐ Voluntaria. ☐ Judicial. ☐ Familia. ☐ Amigos. ☐ Médico de cabecera
- MOTIVO: ☐ Petición de información. ☐ Intento de deshabitación.
 - ☐ Demanda «sedantes». ☐ Patología orgánica. ☐ Sobredosis.
 - ☐ ABSTINENCIA: Ultimo «pique» hace.... horas. Sintomatología que refiere: ☐ Anhelos de droga. ☐ Bostezos. ☐ Sudoración. ☐ Lacrimo. ☐ Rinorrea. ☐ Ganas de dormir. ☐ Midriasis. ☐ Carne de gallina. ☐ Temblores. ☐ Oleadas de frío-calor. ☐ Dolor de huesos y músculos. ☐
 - ☐ PATOLOGIA ORGANICA: ☐ Astenia. ☐ Anorexia. ☐ Adelgazamto. ☐ Fiebre ☐ Artromialgias. ☐ Ictericia. ☐ Coluria. ☐ Acolia. ☐ Prurito. ☐ Náuseas. ☐ Vómitos. ☐ . ☐ . ☐ . ☐
- EXPLORACION FISICA: ☐ Consciente. ☐ Obnubilado. ☐ Estuporoso. ☐ Coma. ☐ Signos de venopunción. ☐ Cordones venosos. ☐ Tatuajes. ☐ Signos externos de etilismo agudo. ☐ Ictericia. ☐ Hepatomegalia. ☐ Estigmas hepáticos. Otros datos de interés:

EXTRACCION DE SANGRE ☐ 9 cc para marcadores
☐ para baterías hepáticas.

- QUEDO INGRESADO EN SALA: _____ CAMA: _____
- FUE ALTA POR DE GUARDIA.
- TRATAMIENTO DE ALTA:
- INFORMES CLINICOS:

PSIQUIATRIA:

MEDICINA INTERNA:

CIRUGIA:

- EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS PRACTICADAS.:

INCIDENCIAS DIGNAS DE MENCION:

Fecha: de de 198
Hora de llegada:

A.T.S.:

HEPATOPATIAS EN DROGADICTOS:

Historia Clínica N°.

Nombre y apellidos:

Fecha ingreso:CASO N.º:

Revisions:

Edad: años: Sexo:

100

2a.

Motivo de ingreso:

Tipo de droga:

.....

Vía de administración: i. v. O

otras: 0

SINTOMAS CLINICOS

Ingreso 1^a. Revis. 2^a. Revis.

Tiempo de hábito: meses.

Habito bebedor: Bebedor habitual. O

Bebedor moderado ○

No bebedor O

Astenia:		
Anorexia:		
Vómitos:		
Prurito:		
Ictericia:		
Dolor hepático:		
Consistencia hepática:		
Hepatomegalia:		
Esplenomegalia:		
Artromialgias:		

EVOLUCION

Optimo . . . ☐ Bueno ☐ No favorable ☐

* * * * *

.....

102

Anticuerpos anti-A-Totales (HAAb) ○
 Anticuerpos Anti-A IgM (HAAb-IgM) ○

VIRUS HEPATITIS «B»:

Antígeno de superficie (HBsAg) ○
 Anticuerpos anti-superficie (HBsAb) ○
 Antígeno «e» (HBeAg) ○
 Anticuerpos anti «e» (HBeAb) ○
 Anticuerpos anti-core (HBcAb) ○

EXPLORACION FISICA

Ictericia piel ○
 Ictericia mucosa ○
 Aspecto del Abdomen ○
 Circulación colateral ○
 Hepatomegalia palpable ○
 Esplenomegalia palpable ○
 Dolor hepático provocado ○
 Tatuaje ○

INMUNOGLOBULINAS

- Ig A:
 - Ig G:
 - Ig M:
 - Gamma :..... %

PROTEINOGRAMA:

- Proteínas T. : ... %
 - Albumina : ... %
 - Alfa 1 : ... %
 - Alfa 2 : ... %
 - Beta 1 : ... %
 - Beta 2 : ... %
 - Gamma : ... %

OTROS DATOS DE INTERES

Bilirrubina T.			
Bilirrubina D.			
Colesterol:			
LIPIDOS TOTALES:			
Glucosa:			
Fe sérico:			
SGOT:			
SGPT:			
Fosfatasa alcalina:			
Gamma GT:			
LDH:			
Actividad de protromb:			
Hematies:			
Leucocitos:			

CAPITULO VI

**COMPLICACIONES PSIQUIATRICAS
POR DROGAS
NO INSTITUCIONALIZADAS**

Por José Manuel GONZALEZ INFANTE

De todas las posibles aproximaciones al fenómeno de la drogadicción nos centraremos en este capítulo en sus efectos psíquicos, o para ser más exáctos, en las complicaciones psicopatológicas que el consumo de ciertas drogas originan.

Y para ello, aunque en un principio pudiera parecer que nos apartamos de nuestro objetivo, conviene partir de la definición de lo que se entiende por INTOXICACION para puntualizar ciertos aspectos conceptuales, sin cuyo conocimiento no resulta fácil entender esas complicaciones del abuso de drogas, que el psiquiatra debe reconocer y estar en situación de poder tratar.

Una intoxicación es la modificación del organismo bajo la influencia de ciertos agentes químicos. Tales agentes pueden ser, bien toxinas bacterianas, neurotoxinas, por ejemplo, bien tóxicos endógenos, como sería el caso de la urea, o bien tóxicos exógenos, como la marihuana, el óxido de carbono, el alcohol etílico, etc.

En tanto las toxinas bacterianas se producen en el organismo y los tóxicos endógenos son producidos por el organismo, a las intoxicaciones determinadas por ambos se las llaman «intoxicaciones endógenas», separándolas así de las «intoxicaciones exógenas» que serían las producidas por tóxicos externos al organismo.

Esta clasificación de las intoxicaciones y de los distintos agentes químicos que las producen, puede ser, aún por simplita que nos resulte, perfectamente asumida, siempre que los efectos clínicos de la intoxicación sean referidos al área exclusivamente somatopatológica; es decir, cuando solo se describan sus síntomas somáticos, tales

como fiebre, náuseas, vómitos, trastornos gastrointestinales, disnea, cianosis, hiper o hipotensión arterial, etc.

Obviamente en nuestra exposición lo somatopatológico que comporta cualquier intoxicación no será objeto de nuestros comentarios, circunscribiendo éstos únicamente a los aspectos psicopatológicos de las mismas.

Por otra parte, tampoco entrará en el marco de nuestro estudio, la problemática psicopatológica de intoxicaciones por toxinas bacterianas o sustancias endotóxicas, sino concretamente los síntomas psíquicos de ciertas intoxicaciones por drogas.

Sin embargo, y en tanto hemos de referirnos a modificaciones del estrato psíquico originadas por ciertas drogas, no tenemos más remedio que hacer algunas objeciones a los conceptos de exo y endogeneidad dados anteriormente a las intoxicaciones en general.

Estas puntualizaciones resultan muy necesarias si consideramos el carácter particularmente significativo que los términos «exógeno» y «endógeno» poseen en el campo psicopatológico.

Para la Psiquiatría toda intoxicación determinante de síntomas psíquicos sería por definición un proceso exógeno, siendo tales síntomas los constitutivos de un cuadro de Psicosis Sintomática de causalidad conocida y primariamente extracerebral, con lo que queda delimitada de las Psicosis Endógenas cuya sintomatología psíquica, aún siendo en muchos casos similar, entraña una etiopatogenia distinta y no suficientemente clarificada. Por otra parte, en tanto las psicosis propias de las intoxicaciones poseen una génesis extracerebral, pueden ser también separadas de aquellas otras de etiología primariamente cerebral a las que denominamos Psicosis Orgánicas.

Matizo estos conceptos además de por su necesaria delimitación doctrinal por el hecho de que si bien en principio, las intoxicaciones agudas por droga determinan síntomas psíquicos constitutivos de cuadros psicóticos sintomáticos, su abuso crónico y reiterado puede provocar un daño cerebral directo e irreversible dando lugar a psicosis orgánicas, que por su etiología propiamente cerebral y por su psicopatología característica, son distintos a los primeros lo mismo desde la perspectiva clínica, que evolutiva, pronóstica y terapéutica.

Quede sentado pues desde ahora, que del conjunto total de los psicosisíndromes que vamos a describir para las drogas objeto de

nuestro estudio, unos son agudos y reversibles, constitutivos de una psicosis sintomática exotóxica, pero otros adquieren el carácter de crónicos e irreversibles en el sentido de dar forma a un auténtico cuadro de psicosis orgánicocerebral.

Sin entrar en las características propias de éstas drogas, que han sido esbozadas en otro capítulo, lo que si parece necesario aquí es decir cuales son las que entrañan un mayor interés psicopatológico, por ser sus efectos psíquicos los que pretendemos analizar. Siguiendo este criterio y exceptuando el alcohol etílico, las sustancias a que vamos hacer referencia son: El cáñamo, los alucinógenos, las anfetaminas y los opiáceos.

Todas estas drogas poseen un alto poder modificador del psiquismo, teniendo que hacer desde ahora mismo la salvedad, de que precisamente por ese rasgo, la psicopatología clínica de todas ellas es particularmente *proteiforme*, originando psicosisíndromes que lo mismo cualitativa que cuantitativamente poseen una enorme *variabilidad*, lo que dificulta su descripción sistemática, que se ve además entorpecida por la frecuente superposición de los mismos síntomas en muchas de las formas de intoxicación por éstas sustancias.

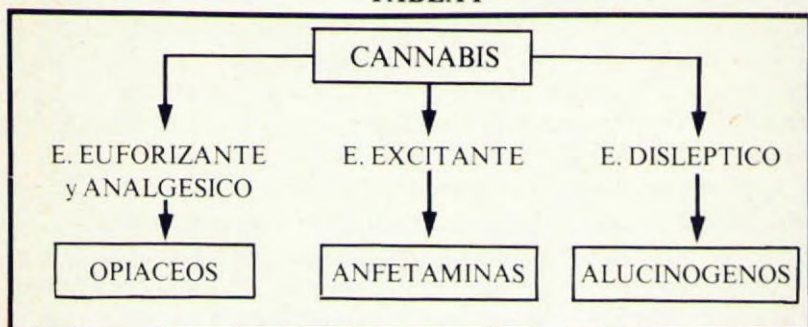
Estos inconvenientes han marcado los criterios que voy a seguir al comentar la clínica psiquiátrica de éstas drogas, y que para aquellos lectores a los que por su formación pudiera resultar más engorrosos, expongo seguidamente.

Voy a servirme en mi exposición de una sistemática de corte fenomenológico, ya que pretendo, por una parte, cogiendo una de éstas drogas como modelo, ver si pueden ser extrapolados a las otras sus efectos clínicos, y, por otra, viendo que estructuras psicopatológicas son comunes para todas ellas, con independencia de las dosis utilizadas, el modo de consumo, la personalidad previa y las circunstancias medio ambientales, intentar construir a través de las mismas, una hipótesis de base genético-estructural que nos permita aproximarnos a la comprensión de sus dinamismos internos.

Creo que puede justificarse el tomar una de éstas drogas como modelo para partiendo de su clínica describir la de las otras, además de por el carácter *proteiforme* y frecuente superposición de sus síntomas, por el hecho de que como con todo acierto afirma P. DENIKER, hay al menos una, *la cannabis*, que puede ser considerada el «eje central de todas las toxicomanías», ya que, si mediante sus efec-

tos «euforizantes y analgésicos» se asemeja a los opiáceos, por sus efectos «excitantes» lo hacen con las anfetaminas y a través de sus efectos «dislépticos» se parecen mucho a los alucinógenos (Tabla 1).

TABLA I



La Cábnnabis: «Eje central de las toxicomanías» (P. DENIKER)

Ya en 1845 MOREAU DE TOUR en su estudio del «Hachís y de la Alienación Mental», afirmaba entre otras cosas que: «no hay ningún hecho elemental o constitutivo de locura que no se encuentre en las modificaciones intelectuales desarrolladas por el hachís, desde la más simple excitación maníaca hasta el delirio más furioso, desde el impulso enfermizo más débil, la idea fija menos complicada, la lesión de las sensaciones más pequeñas, hasta el impulso más irresistible, el delirio parcial más intenso, los desórdenes de la sensibilidad más variados».

En cuanto a nuestro segundo parámetro metodológico, es decir, el aislamiento de estructuras psicopatológicas comunes en función de las cuales edificar una hipótesis comprensivo-genética de la dinámica clínica, y, en definitiva, de la rica variabilidad sintomatológica determinada por estas drogas, también creo que existen elementos suficientes que la justifiquen y la apoyen.

En el «Informe La Guardia» publicado en 1944, en el que se trataba la problemática de la Marihuana en la ciudad de New York, se hace referencia a la «pérdida de inhibiciones» que provoca el em-

pleo de esta sustancia. Esta desinhibición se adscribía al terreno propiamente individual, y se entendía como la desintegración de los valores y normas del medio sociocultural; esta pérdida de frenos sociales reguladores de nuestra vida instintiva, favorecía la puesta en escena de impulsos sexuales, agresivos y compulsiones en general.

Pues bien, esta «Desinhibición» descrita para la Marihuana, es común para la mayoría de las drogas a que estamos haciendo referencia, resultando un parámetro que comparten, tanto los distintos derivados cannábicos, como los alucinógenos, los opiáceos, e incluso, como ya tuvimos ocasión de comentar en un capítulo anterior (investigaciones etnológicas de HORTON), el mismo alcohol etílico.

Estamos pues ante una estructura psicopatológica cuya independencia del tipo de droga utilizada es evidente, y que, aunque las acciones derivadas de ella van a estar matizadas por los rasgos previos de la personalidad del sujeto y el ambiente, ni una ni otro van a ser los responsables directos de su génesis. No se trata por otra parte, de un efecto meramente farmacológico, sino de la movilización de mecanismos antropológicos primarios cuyo desencadenante son estas sustancias, pero que en circunstancias distintas podrían ser agentes de la más diversa naturaleza.

Otra estructura psicopatológica, que al igual que la desinhibición, reúne las características de primariedad antropológica a las que estamos haciendo referencia, es la «Sugestibilidad», que explica en y por si misma la mayoría de los efectos de casi todas las embriagueces por drogas (cannábica, lisérgica, etílica, etc.) sobre todo, las importantes influencias patoplásticas que los factores sociológicos y de aprendizaje ejercen en los efectos de su consumo.

Su influencia en la llamada «embriaguez comunicativa» de los adictos al cánnabis es indiscutible, dígase si no, como se explica, que tales sujetos sin administrarse el producto experimenten sus efectos, siempre que estén en compañía de otros en estado de embriaguez cannábica.

El claro matiz de estructura antropológica primaria de la sugestibilidad es aún más evidente que el de la desinhibición, ya que no podemos olvidar que la sugestión fue uno de los primeros mecanismos de comunicación mediante el cual el hombre primitivo contac-

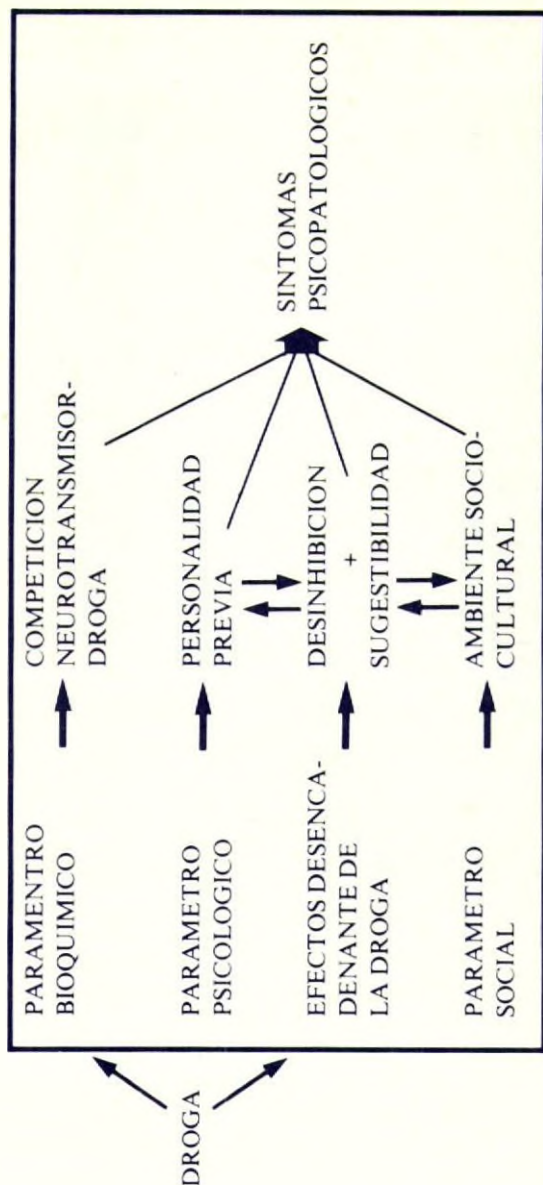
taba con sus congéneres. La reposición de esta forma de comunicación primitiva, venciendo para ello toda la supraestructura del sistema lógico racional del hombre de nuestra época, es difícilmente explicable como un mero efecto farmacológico, y, aunque bien es verdad que las drogas lo desencadenan, en otras muchas circunstancias pueden ser otros agentes no químicos los responsables de su puesta en escena.

Nos encontramos así frente a dos estructuras antropológicas primarias, que por el hecho de ser desencadenadas por drogas, en el estudio que nos ocupa vamos a someterlas a un cierto reduccionismo, considerándolas como constituyentes de la constelación psicopatológica determinada por ellas. Pero quede claro que no se trata de meros síntomas psicopatológicos, sino de «estructuras psicopatológicas básicas», patogenéticas, podríamos decir, en función de las cuales pretendemos establecer una comprensión genética de los abigarrados cuadros psiquiátricos a que las drogas dan lugar.

Si bien la Etiología de los síndromes que describiremos son indudablemente las drogas, de ahí que su adscripción nosográfica sea el de las psicosis sintomáticas u orgánicas, su Patogenia comporta un doble mecanismo psicofísico: Bioquímico, entendido como «competición neurotransmisor-droga», en el que no voy a entrar a éste momento, y Psicológico-Antropológico, en cuanto movilización de estructuras básicas primitivas; y, matizando este conjunto etiopatogénico, unos factores Patoplásticos representados por la personalidad previa y el ambiente sociocultural del drogadicto.

En definitiva las que aquí estudiaremos como complicaciones psiquiátricas de las drogas, o lo que es lo mismo, sus efectos psíquicos, son el resultado de la interacción entre las propiedades farmacológicas de la droga, la patogenia psicofísica movilizadora, la personalidad del drogadicto y el contexto sociocultural que lo circunda (Tabla II).

TABLA II



Factores Etiológicos, Patogénicos y Patoplásticos de los Psico-síndromes producidos por drogas.

ESTUDIO Y ANALISIS DE AMBAS ESTRUCTURAS BASICAS

La Desinhibición.— Aunque en un principio hemos entendido la desinhibición originada por las drogas como un simple «desprendimiento de los mecanismos reguladores psicosociológicos, representados por las normas y los valores del grupo sociocultural», lo que hace que se evidencie la vida instintiva sin ningún freno que la controle, éste acontecimiento atañe tan solo a los más superficiales estratos del inconsciente individual; es decir, lo que se manifiesta son aspectos individuales propios de cada sujeto, y en función de los cuales se va a regir ahora su conducta. Se ven facilitadas, por ejemplo, las relaciones sexuales, así como, los intercambios entre los miembros de un grupo reducido, se trata, no obstante, de relaciones muy primarias.

Esta primera aproximación al análisis de este fenómeno singular, no deja de ser verdad, pero lo que quería llevar al mínimo del lector es que la Desinhibición es algo más que la mera «liberación de impulsos agresivos y sexuales» que describía HORTON, pudiéndose hablar, según nuestro criterio, de distintas formas de «pérdidas de inhibiciones» por las drogas. Estos distintos tipos o grados creemos poder llegar a establecerlos, en virtud del mayor o menor nivel de «regresión» y de cierta predisposición patológica de los individuos que se someten a la acción de estas sustancias.

Partiendo de esta hipótesis podríamos llegar a establecer tres tipos de pérdida de inhibición: la que podríamos llamar DESINHIBICION GRADO I que sería la que hasta ahora hemos venido comentando y en la que es dado apreciar contenidos del inconsciente individual superficial; la DESINHIBICION GRADO II en la que se subrayan y ponen de manifiesto, no solamente rasgos instintuales primarios de la personalidad individual, sino sobre todo, rasgos anómalos o francamente patológicos, aflorando al exterior, por ésta vía, contenidos neuróticos del inconsciente individual más profundo, o, claramente psicóticos, movilizados por la droga al actuar sobre elementos de predisposición psicótica de índole genético-hereditaria. Cabe por último, considerar una tercera variante de DESINHIBICION a la que llamaremos de GRADO III, a través de la cual se actualizaría una personalidad primitivizada que adopta un cierto modelo de «personalidad primitiva colectiva»; aquí el mecanismo regresivo

conduciría al sujeto a estructurar su personalidad según los moldes de lo «inconsciente colectivo humano», con acentuación de formas de pensamiento mágico-mítico.

Todas las sustancias tóxicas que son objeto de nuestro estudio pueden dar lugar a cualquiera de éstos distintos grados de desinhibición, no obstante, el que aparezca una u otra forma va a depender de distintos factores de entre los que destacaríamos:

a) La EDAD del sujeto, ya que a más temprana edad, dado el menor aprendizaje sociocultural, que comporta una personalidad más inmadura, se facilita una primitivización mayor.

b) La PERSONALIDAD PREVIA, siendo más fácil e intensa la primitivización de personalidades anormales psicopáticas o neuróticas, que la de sujetos sin estos rasgos.

c) La existencia de PREDISPOSICION PSICOTICA.

d) El tratarse de sujetos afectados de una enfermedad psíquica previa.

e) El TIPO DE ABUSO, agudo, esporádico o no, o bien crónico.

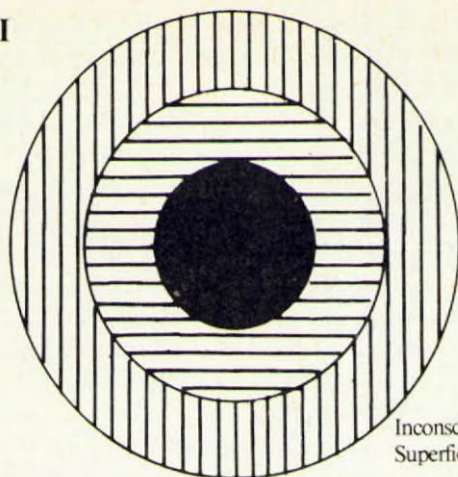
El habernos detenido un poco en este Capítulo en el análisis de la Desinhibición, obedece no solo a intentar construir un modelo comprensivo-genético de la clínica de éstas drogas, sino sobre todo, a que cabría a través de él poder entender más fácilmente la «psicotización exotóxica», cuyo diagnóstico diferencial con la psicotización endógena esquizofrénica, resulta sumamente difícil de establecer en las psicosis tóxicas prolongadas.

Así cada grado de desinhibición daría lugar y nos permitiría explicarnos, uno de los tres modelos clínicos de drogadicción que pueden ser aislados: el de la simple embriaguez aguda por uso esporádico de cualquiera de estas drogas; el de aquellos cuadros psicóticos desencadenados por el uso agudo o abuso crónico de las mismas, hecho por sujetos con predisposición heredo-familiar; y, el típico proceso de psicosis exotóxica producido directamente por las drogas consumidas de manera habitual.

Para que resulte más fácilmente comprensible lo anteriormente expuesto, me he permitido elaborar unos esquemas gráficos, que paso a explicar muy sucintamente.

En el Gráfico I se esquematizan tres niveles de lo inconsciente, el individual superficial, el profundo y el inconsciente colectivo, cada uno representado por un espacio circular coloreado.

GRAFICO I



Inconsciente Individual
Superficial.



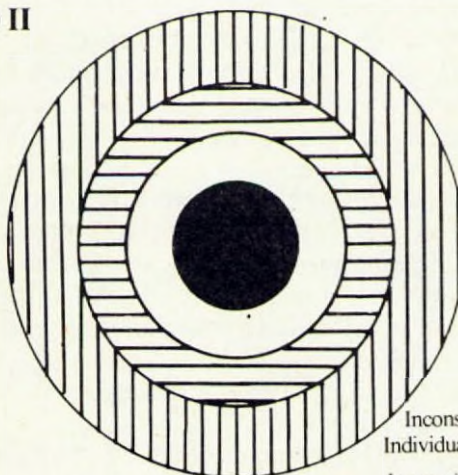
Inconsciente Individual
Profundo.



Inconsciente Colectivo.



GRAFICO II



Inconsciente
Individual Superficial.



Inconsciente Individual
Profundo.



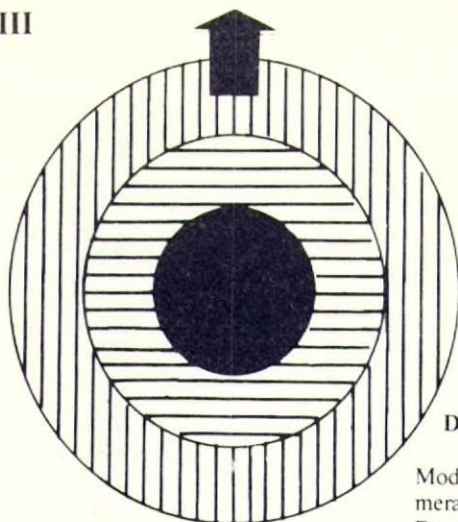
Estructura Pre-Psicótica
(Endógena).



Inconsciente Colectivo.



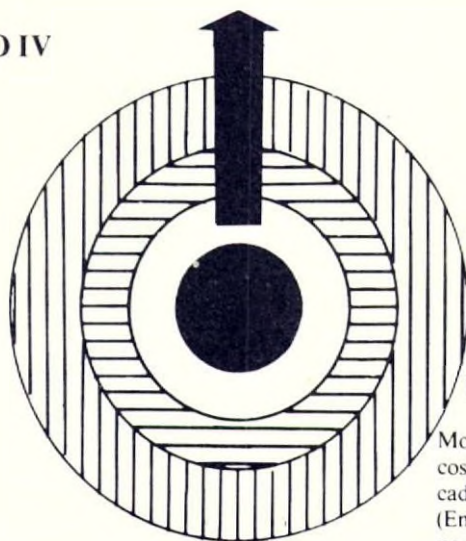
GRAFICO III



DESINHIBICION GRADO I

Modelo gráfico de la mera «Embriaguez por Drogas». (Intoxicación aguda en un sujeto sin predisposición psicótica endógena).

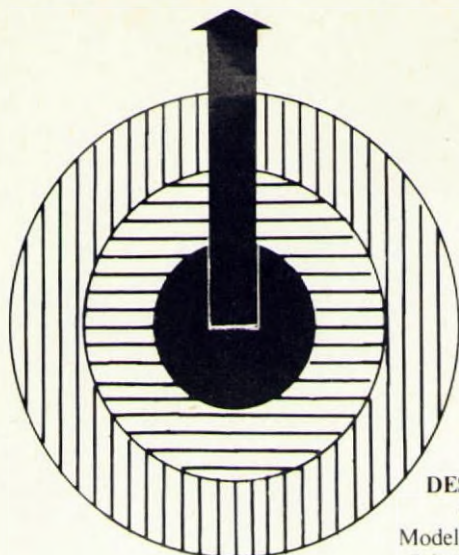
GRAFICO IV



DESINHIBICION GRADO II

Modelo gráfico de «Psicosis Endógena» desencadenada por la droga. (En un sujeto con predisposición psicótica endógena).

GRAFICO V



DESINHIBICION GRADO III

Modelo gráfico de una
«Psicosis Exotóxica».
(En un sujeto sin predis-
posición psicótica endó-
gena).

En el Gráfico II, se le ha añadido al esquema anterior un círculo más, que pretende representar una hipotética estructura prepsicótica que se correspondería con la predisposición heredo-familiar.

El Gráfico III, pretende ser la síntesis esquemática de la DESINHIBICION GRADO I, cuya correspondencia psicopatológica sería el modelo clínico de la Intoxicación Aguda o simple Embriaguez por drogas. La flecha superior indica los contenidos del estrato que tienden a manifestarse, en éste caso concreto, los del inconsciente individual superficial.

Como puede verse en el Gráfico IV, que representa la DESINHIBICION GRADO II y el modelo clínico de una psicosis endógena desencadenada por las drogas, la flecha superior parte del estrato prepsicótico, indicando que son los contenidos del mismo los que salen al exterior, pero a la vez y con ellos, elementos de los otros dos estratos (inconsciente individual superficial y profundo) también hacen

su debut clínico.

Por último en el Gráfico V, en el que se esquematiza la DESINHIBICION GRADO III, se hace salir la flecha del círculo central, representación del Inconsciente Colectivo, lo que pretende indicar el afloramiento de sus contenidos y los de ambos estratos del inconsciente individual. El modelo psicopatológico correspondiente sería el de una psicosis exotóxica típica, en la que no tiene porqué existir una predisposición patológica, siendo sus síntomas determinados directamente por el abuso de drogas.

La Sugestibilidad.— Puede también ser enfocada como constituida por dos tipos de variantes: Auto y Heterosugestibilidad.

La AUTOSUGESTIBILIDAD sería al mecanismo en función del cual el sujeto asume como propia la personalidad primitiva que se manifiesta mediante la Desinhibición.

En virtud de la HETEROSUGESTIBILIDAD el individuo puede ser influido por su ambiente inmediato, sobre todo, el grupo subcultural y el compañero «conductor» o «guía».

En tanto la Autosugestibilidad lo separa de la realidad que constituye el mundo racional, la Heterosugestibilidad es el único puente de unión entre el sujeto drogado y la realidad inmediata. A través de la autosugestibilidad, la regresión hacia un comportamiento arcaico y un pensamiento primitivo sería cada vez más profunda, dejada a sí misma, es decir, sin el contrapunto representado por la heterosugestibilidad, podría llevar al sujeto a un estado tal de regresión, en la que al menos teóricamente, podría aproximarse a las fronteras de lo prehumano.

Si tenemos en cuenta que la droga no origina una disolución completa de la conciencia yoica, lo que de ésta sigue activo, puede captar esta regresión profunda que como forma de «vivencia catastrófica de disolución del yo», genera una intensa angustia en el sujeto. Sería como el grito angustiado de la conciencia racional que se debate convulsa frente a su posible disolución en la conciencia mítica.

Esta descripción no falta de dramatismo, puede recordarnos lo que ocurre en esos «malos viajes» psicodélicos, que como es bien conocido incrementan su frecuencia cuando la ingestión del tóxico se realiza sin contar con un «guía», que mantenga al drogadicto unido a la realidad aunque solo sea por breves instantes.

PSICOSINDROME MAS FRECUENTES POR ACCION DE ESTAS DROGAS

Vamos a partir, siguiendo los criterios que apuntamos al comenzar el capítulo, de la consideración de las modificaciones psicopatológicas debidas al uso de la Cánnabis; lo que no va a impedirnos el que aunque algo más de pasada, expongamos lo más característico de la clínica psiquiátrica específica de las otras drogas que estamos estudiando.

En todos los casos diferenciaremos la intoxicación aguda de la crónica, en las que el «síndrome amotivacional», la «psicosis prolongadas» y ciertas formas de «psicosíndromes orgánicos», suelen ser un final al que puede conducir el abuso crónico de estas drogas.

Psicopatología de la Cánnabis.

La intoxicación aguda por cánnabis, o lo que es lo mismo, la llamada embriaguez cannábica, posee una variada sintomatología psíquica que hace difícil su sistematización expositiva, no obstante hay autores que la delimitan estableciendo una serie de fases cuyas diferencias estriban en el tipo de síndrome clínico. A nuestro juicio más que de fases podría hablarse de estados psicopatológicos, de ahí que al describir su clínica lo hagamos centrándonos en los tres efectos más significativos que aparecen al ser consumida.

1.- Efectos EUFORIZANTES: Suele tratarse de un estado de euforia y bienestar, generalmente desbordante, que suele producirse en forma de accesos, interrumpidos con frecuencia, por intervalos de semiestupor. Junto a estos cambios de humor, el cortejo fenoménico de este estado se completa con la aparición de sentimientos de «aumento de la sociabilidad» y facilitación de la comunicación y los contactos. Es frecuente una hilaridad humorística en las formas de expresión, que toman la apariencia de construcción lingüísticas originales, así como, el surgimiento de ideas extrañas que adquieren un cierto carácter de imposición y que se transforman en ideas fijas, en el sentido de que aunque se consideran ajenas a la voluntad de pensar del sujeto, se ve este atraído cada vez más por ellas centrando en las mismas su atención.

Tres aspectos más, propios de éste estado de euforia, son la hipersensibilidad sensorial, las alteraciones temporo-espaciales y la

identificación animista con los objetos del mundo exterior.

En el primer caso se trata de una auténtica orgía de los sentidos, que se agudizan hasta extremos en que la vista parece ver el infinito, el oído capta sonidos inaudibles en los ambientes más ruidosos, etc., lo que prepara el terreno para fenómenos alucinatorios posteriores.

Las vivencias de lentificación, y las más frecuentes de aceleración del tiempo subjetivo, así como el agrandamiento del espacio exterior preferentemente en longitud, favorecen la aparición de síndromes de desrealización y despersonalización.

De una inicial corriente de simpatía hacia todos los objetos del exterior, se pasa a un borramiento de los límites entre el yo y los objetos, que finalmente da paso a un fundirse el yo en los objetos, con lo que se actualiza esa cualidad de la «pars prototo» propia del pensamiento mágico-mítico.

2.- Efectos EXCITANTES: Generalmente se trata de un estado de excitación violento, que adopta la forma de un «estado maniaco iracundo» con matices delirantes o delirante-alucinatorias. La influencia de la dosis consumida, la forma de ingestión, la personalidad previa y el contexto sociológico, es decisiva en la determinación de este síndrome de carácter tan dramático.

3.- Efectos DISLEPTICOS: Aunque como ya hemos dicho fenómenos alucinatorios suelen detectarse lo mismo en los estados de euforia que los de excitación, puede aislarse un síndrome psicopatológico debido al consumo de la cannabis, caracterizado preferentemente por alteraciones sensorio-perceptivas del tipo de las alucinaciones. Estos fenómenos alucinatorios visuales y/o auditivos, suelen adoptar el perfil de la «alucinosis», en el sentido de ser semivoluntarias, producirse progresivamente y poseer un objetivo exterior que las desencadena; así, un ruido real percibido es interpretado como «voces» que hablan al sujeto; objetos externos reales, se transforman en figuras fantásticas y monstruosas, etc.

El papel de lo catatímico como deformación afectiva de la realidad y nublador de la conciencia y el pensamiento crítico, está aquí absolutamente presente, mezclándose por este camino, la alucinosis con las «alucinaciones catatímicas».

Se estructura así todo un complejo psicopatológico preferentemente centrado en las alteraciones perceptivas, pero en el que intervienen también, las alteraciones del pensamiento (ideas delirantes) y

las de la vida afectiva.

La intoxicación crónica por cánnabis, puede adoptar en mi criterio tres formas básicas:

1.- El Síndrome Amotivacional, caracterizado por una gradual pérdida de interés por todo y hacia todo, por parte del drogadicto; esta profunda apatía y falta de motivación, suele unirse a una muy marcada pérdida de los valores ético-morales.

2.- Psicosis Prolongadas; con frecuencia, matizando el síndrome amotivacional descrito, se producen episodios psicóticos agudos delirante-alucinatorios y descargas de furia y violencia. Estos episodios, fugaces al principio, se hacen cada vez más frecuentes y mantenidos, hasta transformarse en un estado permanente que se prolonga en el tiempo. El problema de diagnóstico diferencial entre estas formas de psicosis exotóxicas prolongadas y una psicosis esquizofrénica desencadenada por el abuso de la cánnabis, es sumamente difícil de establecer como ya hemos dicho, constituyendo una inagotable fuente de problemas tanto etiopatogenéticos, como nosológicos, pronósticos y terapéuticos. Aunque asumo por completo esta dificultad práctica, creo que hay que extremar ante estos cuadros la agudeza clínica, intentando por todos los medios, hacer un estudio psicopatológico exhaustivo, lo que en ciertas ocasiones, puede permitirme asentar un diagnóstico firme.

3.- Psicosisíndromes Orgánicos; se trata de estados psicóticos mantenidos a los que se asocian alteraciones de la memoria, disfunciones instintuales (oroalimentarias y sexuales), y progresivo deterioro de la capacidad intelectual, que dan lugar a una desestructuración global de la personalidad, con todos los rasgos característicos de los psicosisíndromes orgánico-cerebrales. Bien es verdad, que este trágico final, no suele ser, por suerte, una frecuente forma de evolución lo mismo de ésta, que de las restantes drogadicciones que estamos comentando.

CARACTERISTICAS PSICOPATOLOGICAS ESPECIFICAS DE LAS OTRAS DROGAS.

Aún a sabiendas de que entre los efectos de la cánnabis y de las otras sustancias que estamos considerando, no existe más que una diferencia de grado, con objeto de matizar ciertos aspectos peculiares

de su psicopatología, expondremos seguidamente, y de manera sucinta, algunos de estos rasgos diferenciales.

Psicopatología de la L.S.D.

En la intoxicación aguda, o «viaje» para los consumidores, suelen establecerse como tres momentos sucesivos:

a) Aproximadamente a la media hora de su ingestión oral, a los diez minutos si se administra por vía intramuscular, y a los pocos segundos si se hace por vía endovenosa, comienzan a aparecer síntomas vegetativos, que son sustituidos posteriormente por los psíquicos, representados sobre todo, por «distimias», en las que se alternan síntomas eufóricos con depresivos, ambos presididos por una gran ansiedad, que en ciertas ocasiones adopta la forma de angustia pánica. Este estado puede durar de una a dos horas.

b) El «viaje» está dominado por los trastornos de la percepción, las alteraciones temporo-espaciales y los trastornos del yo corporal. Son éstos últimos, los que a nuestro juicio, comportan una más definida nota diferencial. Se trata de fenómenos de «despersonalización» que se refieren como «dismorfias» entre una y otra mitad del cuerpo, o bien, como aumentos o disminuciones de tamaño de éste; una forma muy frecuente de alteración yoica, que más que de «extrañamiento» de la propia corporalidad, se trata de una auténtica «pérdida de la unidad del yo», es la del «desdoblamiento», viéndose el sujeto como fuera de sí u oyéndose como si fuera otro. Los fenómenos de «fusión del yo con el espacio exterior», suelen ser vivencias que favorecen el misticismo de la experiencia psicodélica, en unas ocasiones, pero en otras, son la base de construcciones delirantes cargadas de intensa angustia pánica. La duración general de este estado suele oscilar entre las cinco o las seis horas.

c) Como último momento de la intoxicación aguda por L.S.D., podemos considerar al retorno a la normalidad, que se efectúa de manera progresiva, durando aproximadamente de 24 a 48 horas, y en el que nota el sujeto un gran cansancio psicofísico y posee un recuerdo de sus vivencias patológicas que se interpretan como debidas a la acción del producto administrado.

Hay casos en los que el sujeto queda «colgado», es decir, no sobreviene este retorno a la normalidad, persistiendo un cuadro delirante paranoide esquizofreniforme, que bien puede ceder, o mante-

nerse estable indefinidamente.

Las dosis suministradas y el abuso reiterado, juegan un importante papel en los fenómenos descritos, pero la mayoría de los autores coinciden en apuntar que su efecto fundamental reside en la duración del «viaje». Un factor de primera magnitud aquí, es la personalidad previa, que posee un marcado papel en los fenómenos de «flash-back», consistentes en la irrupción brusca del episodio psicótico agudo, o de determinados síntomas del mismo, sin ingesta previa de L.S.D..

Psicopatología de las Anfetaminas

Lo más característico de su ingestión aguda son las «alteraciones afectivas», consistentes en un estado de «euforia placentera» de varias horas de duración y que es sustituida por un descenso del estado de ánimo asociado a ansiedad; no es infrecuente que evolucione hacia una reacción depresiva franca, de duración algo superior a la de la fase eufórica.

El abuso crónico de anfetaminas suele determinar la aparición de cuadros psicóticos paranoides, bien conocido por los adictos y que designan con el nombre de «efecto parano». Se trata de la conocida psicosis anfetamínica, caracterizada por ideas delirantes de perjuicio y persecución, interpretaciones delirantes múltiples e intensa angustia, que remedan a la esquizofrenia paranoide; a éstos síntomas suelen unirse alucinaciones auditivas en forma de «voces» que insultan, amenazan y/o sugieren acciones violentas al sujeto, asemejándose así el cuadro a la «alucinosis alcohólica».

Una característica muy típica de estos cuadros psicóticos paranoides originados por las anfetaminas, es la de su total desaparición en cuanto se suprime la ingestión del tóxico, lo que facilita el diagnóstico, en aquellas situaciones en las que no se ha llegado a él a través de los rasgos psicopatológicos (Prueba de los tres días).

Psicopatología de la Heroína

Aunque al lector pueda sorprenderle, la heroína posee más interés somatopatológico y sociológico, que propiamente psicopatológico; por este hecho, y dado que en un capítulo de este libro se abordan con todo detenimiento y amplitud sus importantes complicaciones médicas, y no es este el momento de analizar sus implicaciones

sociales, me remito muy sucintamente, a destacar la sintomatología psíquica a que da lugar su administración.

Salvo los estados de bienestar y euforia que refieren los adictos, así como los fugaces episodios casi «orgásmicos» y la intensa movilización de radicales agresivos de la heroína, su psicopatología no es tan rica y variada como la de las otras drogas estudiadas. Solo en ciertos síndromes de abstinencia, suelen sobrevenir durante su curso, cuadros delirantes confuso-oníricos, que adoptan la forma de los «delirium acutum» de los clásicos, entrañando pues, una gran agudeza y dramatismo, que complica extraordinariamente la terapéutica del síndrome de abstinencia, siendo, por otra parte, un signo de mal pronóstico en la evolución del mismo.

BIBLIOGRAFIA

- DENIKER, P.: Sur les abus des drogues psychodysleptiques: Toxicomanies modernes et pharmacopsychoses. *Ann. Méd. Psychol.*, 1, 2, (1969). ps. 194-211.
- HORTON, D.: The Functions of Alcohol in Primitive Societies: A Cross-cultural Study. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol. Supl.* 4, (1943).
- GONZALEZ-INFANTE, J. M. y GINER-UBAGO, J.: Actividad delirante en las psicosis de base somática conocida. Ponencia a las II Jornadas Psiquiátricas. Almería. Noviembre, 1980.
- OUGHOURLIAN, J-M.: La persona del toxicómano. Ed. Herder. Barcelona, (1977). p. 53-128.
- RODRIGUEZ-MARTOS DAUER, A.: Psicosis y drogodependencias. *Rev. de Psiquiat. y Psicol. Méd.*, XVI, 1, Enero-Marzo, (1983), ps. 42-59.

CAPITULO VII

**INTEGRACION DE LA PSICOTERAPIA,
SOCIOTERAPIA Y PSICOFARMACOLOGIA
EN LOS ALCOHOLISMOS Y
LAS TOXICOMANIAS**

Por José Manuel GONZALEZ INFANTE
Félix BARATECH NUCHE
Julia CANO VALERO

PRIMERA PARTE

EN LOS ALCOHOLISMOS(*)

Por José Manuel GONZALEZ INFANTE

INTRODUCCION

Ambos tipos de pacientes presentan problemas médicos, psicológicos y sociales, lo que da idea de la complejidad que reviste el estudio de la etiología, la prevención, el tratamiento y el control de la dependencia producida por el alcohol y otras drogas. Sin embargo, no es ahora el momento de tocar el problema en este aspecto pluridimensional, aspecto por demás que requeriría un enfoque multidisciplinario. Ateniéndonos al motivo concreto de nuestro estudio, vamos a valorar preferentemente, los matices médicos y psicológicos de estos dos tipos de dependencias, ya que es a través de los mismos como podemos ver la estrecha integración de los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterápicos en alcohólicos y toxicómanos. A nadie le puede asaltar la menor duda respecto a la imprescindible necesidad que reviste la terapéutica combinada —biológica y psicológica— en la asistencia a estos enfermos.

Los métodos aversivos resultan ineficaces si no se combinan, en los alcohólicos, con la psicoterapia. Las curas de deshabitación en los toxicómanos, no consiguen más que suprimir el hábito para una droga determinada, hábito que por demás, es fácilmente dirigido, al poco tiempo, hacia otro estupefaciente.

La situación de índole psicopatológica que tanto en el caso de los alcohólicos, como en el de los drogodependientes, les induce al alcohol o a las drogas, no puede ser modificada sino a la luz de la

(*) Este estudio se sustenta sobre las bases conceptuales del publicado por el autor en la Rev. Hispalis Médica.

práctica psicoterapéutica.

Quizá donde la integración de lo psicológico y de lo biológico se evidencie con más fuerza sea, en el campo terapéutico, en las curas de deshabitación siguiendo técnicas conductivas (aversivas). Ciertamente en ellas, se maneja un fármaco, la apomorfina, pongo por caso, del que se busca una acción específica: el vómito pero esta acción farmacodinámica no es el fin último de la cura, sino que a su vez obra como estímulo determinante de una nueva respuesta: la sensación desagradable hacia el tóxico del que queremos deshabilitar al paciente. Esta sensación de repugnancia hacia una droga determinada no es ya una respuesta farmacodependiente, sino la creación de un engranaje psicodinámico específico. La respuesta primitiva puramente biológica, ha desencadenado la puesta en marcha y la progresiva consolidación de un reflejo condicionado. La integración somatopsíquica no puede ser más manifiesta; y, sin embargo, esta evidencia, a pesar de ser concluyente, no es más que un rudimentario mecanismo, que a lo sumo nos aporta una pálida claridad, en cuanto a la comprensión de los niveles de integración psico-orgánica, reflejo de las íntimas relaciones que psicofármacos y psicoterapia tienen en la asistencia a pacientes alcohólicos y toxicómanos. Porque, no nos equivoquemos, es un error creer que tanto los toxicómanos como los alcohólicos pueden ser curados por medios exclusivamente farmacológicos, olvidándonos de un hecho de suma importancia: «que la desintoxicación no es más que una faceta del tratamiento total», por cierto menos larga y complicada que otros aspectos terapéuticos esenciales⁽¹⁾. Este hecho, que por su continua presentación en la práctica diaria no necesita ser demostrado en nuestro caso particular, se observa también con harta frecuencia en el restante y dilatado campo psiquiátrico.

Conviene apuntar antes de entrar de lleno en materia, que en un principio pensé tratar separadamente el problema terapéutico de los alcoholismos y el de las toxicomanías, no obstante, como podrán apreciar a continuación, estudio la integración de la psicoterapia y la psicofarmacología en ambos simultáneamente. Y esto por una razón concreta, el enfoque actual conque la mayoría de los autores acomete-

(1) Pág. 25, 14º. Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental.

ten el estudio de la dependencia al alcohol y a la causada por otras drogas, aún reconociendo las diferencias existentes entre ellas, ya que, como se afirma en el 14º Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental, «deben ser consideradas como facetas de un mismo problema, cuyo denominador común es una dependencia psíquica que puede revestir diversos aspectos». En el mismo informe se apoya también la necesidad de este abordaje conjunto por las siguientes razones que transcribo literalmente:

1. En ambos casos la etiología, el tratamiento y la orientación general de los programas educativos son muy semejantes.

2. Las drogas se consumen muchas veces asociadas unas con otras, por ejemplo, barbitúricos con heroína o alcohol. También es frecuente el paso de una droga a otra.

3. Muchos de los estudios que se han hecho sobre el alcoholismo podrían aplicarse al abuso de las drogas, problema que se conoce mucho peor.

No quiero con lo dicho hacer que piensen que ambos problemas son superponibles, ya que si el enfoque conjunto es sumamente útil en el terreno de la investigación, es verdad que no lo es tanto en el del tratamiento y sobre todo en el de la profilaxis. Sin embargo, no debemos dejar de recordar que el consumo de sedantes y estimulantes es frecuente especialmente entre los alcohólicos, y hay que tener en cuenta que estas formas de dependencia son las más corrientes, hoy en día, en la práctica habitual.

Conviene resaltar en principio, que muy en contra de la opinión de algunos, en general poco habituados a la asistencia a este tipo de pacientes, los medios terapéuticos disponibles en la actualidad para el tratamiento de la dependencia alcohólica, son verdaderamente eficaces, obteniéndose a través de ellos resultados francamente alentadores. Los porcentajes de curación o de clara mejoría suelen oscilar entre el 50 y el 70 por 100, que son cifras lo suficientemente demostrativas a este respecto. Qué duda cabe que los más altos índices de eficacia terapéutica no se obtienen con medidas asistenciales únicamente dirigidas a una parcela reducida del problema, por demás complejo y multidimensional, como apuntábamos al comienzo. No basta con conocer los medios a nuestro alcance, sino que, hay que ponerlos en práctica integrándolos en una acción combinada y a la vez unitaria.

Me ha parecido de interés, con miras únicamente expositivas, dividir las medidas terapéuticas a aplicar en los enfermos alcohólicos en cuatro momentos. No siempre, es verdad, resulta imprescindible pasar por todos ellos, ya que en la práctica los tratamientos estándar carecen de sentido, siendo sustituidos por el único tratamiento posible, el individual.

Abordemos pues, estos cuatro momentos:

1. Desintoxicación.
2. Deshabitación.
3. Hábito antialcohólico.
4. Modificación del carácter del alcohólico.

1. DESINTOXICACION

Como todos sabemos en condiciones fisiológicas la desintoxicación del alcohólico se realiza merced a una enzima de procedencia hepática: la alcoholdehidrasa, que en el alcohólico bisoño está altamente aumentada, lo que explica la frecuente tolerancia a la droga en los estadios iniciales del alcoholismo. El abuso progresivo hace que la reiterada agresión al hígado lo lesione gravemente, disminuyendo de forma sensible la producción de estas enzimas, lo que en definitiva determinará la pérdida del poder desintoxicante del parénquima hepático, con lo que el camino del tóxico hacia la lesión directa de la barrera hematoencefálica y de las restantes estructuras nobles cerebrales estará totalmente abierto. De lo dicho se deduce, que las medidas a tomar en este primer momento, vayan encaminadas a tres fines primordiales:

1.1. Protección hepática, mediante los conocidos hepatoprotectores de síntesis.

1.2. Vitaminoterapia, fundamentalmente con vitamina del grupo B, sobre todo la B¹ y la B⁶; vitamina PP, ácido fólico, vitamina C, etc.

1.3. Restauración hidroelectrolítica, que conviene tener muy en cuenta no solo con miras a restaurar las pérdidas hídricas determinadas por la excesiva sudoración, sino como medio para combatir el difuso edema cerebral que sobreviene en estos enfermos.

Como fácilmente podemos apreciar, este primer momento del acto terapéutico esta dirigido exclusivamente a reparar los daños orgánicos consecuencia directa del alcohol; sus herramientas, a excep-

ción del empleo de clordiacepoxidos para contrarrestar la angustia y favorecer la sedación, son medicamentos habituales en la práctica médica general.

2. DESHABITUACION

Debemos comenzar por la suspensión de la droga que se hará de forma brusca y total, instaurándose seguidamente las terapéuticas aversivas.

2.1. Cura con Apomorfina, que como todos sabemos pretende la creación de un reflejo condicionado de sensación de repugnancia hacia el alcohol, para lo que se suele administrar conjuntamente la bebida alcohólica preferida y la inyección del vomitivo, repitiéndose este proceder hasta la aparición de la repugnancia. Las dosis de Apomorfina suelen ser en los comienzos de la cura de 4 a 6 mgr., disminuyéndose, una vez creado el reflejo condicionado a 1 ó 2 mgr. Los intervalos de aplicación oscilan entre tres y cuatro horas, durando una cura completa aproximadamente de cuatro a seis días.

Otra técnica empleada frecuentemente consiste en administrar el vomitivo una sola vez al día, prolongando el tratamiento durante unas dos semanas.

2.2. Cura con Antabús: El disulfuro de tetraetiltiurano fue empleado por primera vez en el tratamiento de los alcohólicos por MARTENSE-LARSEN⁽¹⁾. Se trata de un producto de lenta eliminación —una dosis única de 1 gr. suele tardar en eliminarse de 5 a 6 días—, que tras ser administrado al paciente e ingerir éste alcohol, suele determinar una típica reacción que se conoce con el nombre de «síndrome acetaldéhidico», ya que los síntomas se deben al aumento de la concentración de acetaldehído en el organismo. Clínicamente el síndrome se manifiesta por un enrojecimiento que afecta a la mitad superior del cuerpo del enfermo (cara, cuello, extremidades superiores y tórax) y que se acompaña de sensación de calor, cefalea pulsátil, taquicardia, etc. Si las cantidades de alcohol ingeridas son abundantes, los síntomas se manifiestan en forma de un típico cuadro de intoxicación aguda: disnea, tos irritativa, hipotensión, náuseas, vómitos, intensa ansiedad, etc. La técnica de la cura se realiza administrando durante tres días seguidos uno o dos comprimidos de

(1) Citada por JOST y GEERTZ.

Antabús por la mañana. Al cuarto día, y siempre bajo control médico, se permite al paciente tomar una pequeña cantidad de su bebida preferida –mayor o menor cantidad según los grados de alcohol que tenga–; después de 5 a 10 minutos suele aparecer la típica reacción Antabús-Alcohol. La administración de alcohol se puede repetir un par de veces más en días alternos. Creado así el reflejo condicionado de repugnancia, debe proseguirse la cura durante varios meses más, con objeto de consolidar el reflejo conseguido.

Ambos tipos de curas presentan, como es fácil comprender, severas contraindicaciones en enfermos cardiopatas, con cirrosis hepáticas, nefritis, diabetes, etc.

Para mí, la cura con Antabús estaría a caballo entre la deshabituación y el tercer estadio terapéutico de la dependencia alcohólica, pudiendo ser incluida tanto en uno como en otro momento.

Vemos pues como en la DESHABITUACION la participación farmacológica se da la mano con mecanismos psicológicos de los que resulta ser estímulo.

3. CREACION DEL HABITO ANTIALCOHOLICO

Formando parte de este tercer momento terapéutico podríamos considerar:

3.1. Cura con Antabús y preparados similares (ya comentada en el apartado anterior).

3.2. Socioterapia, referida sobre todo a la asistencia social.

3.3. Técnicas psicodramáticas e incluso la misma psicoterapia de grupo, que resultan ser magnífico marco para la creación del hábito antialcohólico, pero que prefiero adscribir, sobre todo la última, al cuarto y último estadio del tratamiento del alcoholismo. Ocurre con las terapias de grupo lo que anteriormente veíamos que acontecía con el Antabús, que pueden ser esgrimidas tanto para la creación del hábito antialcohólico como para la modificación del carácter de estos enfermos.

Este tercer momento terapéutico está dominado por acciones psicodinámicas. Los elementos farmacológicos van cediendo su campo de actuación a los mecanismos psicológicos en el tratamiento del alcoholismo.

4. MODIFICACION DEL CARACTER DEL ALCOHOLICO

Suele ser lo más difícil de conseguir, pero no cabe duda de que es lo definitivo a la hora de enjuiciar los resultados obtenidos tras un serio y metódico tratamiento antialcohólico. Sus armas son:

4.1. La psicoterapia individual, de la que reconocemos como más útil para estos enfermos a la psicoterapia antropológico-comprensiva. Conviene hacer constar a este respecto, que el psicoanálisis está contraindicado en los pacientes alcohólicos (ALONSO-FERNANDEZ), ya que un enfrentamiento directo con su conflictiva intrapsíquica no sería bien tolerado por individuos de estructura yóicas tan débiles. Esto no quiere decir, sin embargo, que en la práctica de cualquier otro tipo de psicoterapia no vayamos a manejar conceptos psicoanalíticos, o que nos sirvamos de ciertas interpretaciones psicoanalíticas, para comprender mejor la psicodinamia del alcoholismo. De hecho, las técnicas psicoterapéuticas empleadas en estos pacientes están basadas en distintas doctrinas psicológicas bajo cuyos marcos se ha pretendido explicar la problemática del alcoholismo.

4.2. La psicoterapia de grupo: es quizás la técnica psicoterapéutica más manejada hoy en día en el tratamiento de los pacientes alcohólicos, por muchas razones, entre ellas, la necesidad de reintegración social del individuo, y el combatir su aislamiento y falta de identificación.

Aunque los fines perseguidos sean los mismos, las técnicas de psicoterapia grupal empleadas por los autores, suelen ser variadas. Hay quienes practican preferentemente una forma de hipnoterapia de grupo; otros manejan el entrenamiento autógeno, o discusiones generales en el grupo. La postura del psicoterapeuta en el grupo, más admitida por todos, es la no directiva, practicándose una especie de liderazgo por omisión. Es también de interés en la práctica de la psicoterapia a estos enfermos, evitar en todo momento la creación de nuevas frustraciones e inhibiciones, a excepción claro está, de las emanadas de la propia dependencia.

Disentimos de la opinión de algunos autores que rechazan por completo el empleo de las técnicas aversivas y el de los psicofármacos en los alcohólicos; sus objeciones a estos tratamientos somáticos creo que deben ser tenida en cuenta, sólo, a la hora de preguntarnos si hemos de combinar tales curas con la psicoterapia de grupo, pero

no así en la aplicación escalonada y por separado de ambas técnicas.

Si como es de dominio general, el YO del alcohólico es un «yo débil», dudamos de la eficacia de un sistema terapéutico excesivamente liberal; y no es que pongamos en duda la existencia de gérmenes de voluntad en el fondo de la personalidad del alcohólico, sino que, si como ocurre frecuentemente en estos pacientes, arrastran su hábito desde mucho tiempo atrás, son incapaces, inicialmente, de movilizar por sí mismos la fuerza de voluntad necesaria para mantenerse abstemios —piénsase que tal voluntad, aun existiendo, pocas veces ha sido ejercitada—. En el segundo estadio del momento terapéutico, nos parece necesario el empleo de las técnicas aversivas por sí solas, sin ser combinadas con la psicoterapia; pero, cuando después de ser conseguida la deshabituación comienza a instaurarse el hábito antialcohólico —tercer momento terapéutico— la acción combinada de la asistencia social junto a la psicoterapia individual de apoyo, favorecerá la preparación del paciente para su ulterior incorporación al grupo psicoterapéutico. Es entonces y sólo entonces, cuando conseguido un suficiente reforzamiento del YO y estimulada la seguridad en sí mismo por el período de abstinencia conseguido, está al paciente en condiciones de ser incluido en un grupo terapéutico donde la falta de vigilancia, la no existencia de prohibiciones y el tener el alcohol a su alcance, sea el medio idóneo para la total recuperación (esta sistemática nos puede servir incluso como test para valorar la eficacia de lo conseguido en la marcha terapéutica de nuestro paciente). La dinámica grupal reforzará aún más el YO del enfermo, acrecentando su seguridad y su propia estimación. De esta forma, el cambio hacia una más completa reestructuración de su personalidad estará abierto, fin último de nuestro quehacer médico en los alcohólicos.

4.3. El psicodrama: Resulta ser también un magnífico instrumento para modificar el carácter del alcohólico. La acción que entraña la representación psicodramática hace revivir al paciente su conflictiva y sus dificultades con tal fuerza y realidad que es fácil comprender su cambio de conducta. Por si esto fuera poco, el propio enfermo, o el terapeuta y los yo auxiliares, ensayan distintas formas de comportamiento que pueden ser la solución de su problemática.

Las herramientas farmacológicas no son necesarias en este último estadio de la cura antialcohólica, quedando inundado todo él por las medidas terapéuticas puramente psicológicas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ALONSO-FERNANDEZ, F.: La psicoterapia de grupo en alcohólicos. *Rev. de Psicol. Gen. y Aplic.* Madrid, 1961.
– Fundamentos del tratamiento etiopatogénico de los alcoholismos. *Actas Luso-Españolas de Neurol. y Psiquiat.* Vol. XXV, núm. 4, octubre 1966.
– Fundamentos de la psiquiatría actual. Tomo II. Editorial Paz Montalvo. Madrid 1968.
- 2.- ARZUA ZULAICA, E.: El alcoholismo y los jóvenes. *Medicamenta*. Año XVI núm. 45. Septiembre 1968.
- 3.- BATTEGA, R.: Naturaleza y objetivos de la psicoterapia de grupo. *San dorama*.
- 4.- BLUM, K. U.: Estado actual de nuestros conocimientos sobre las vitaminas. *Med. Klin.* núm. 119. 1971.
- 5.- FEUERLEIN, W.: El alcoholismo desde el punto de vista psiquiátrico y social. *Med. Klin.*, núm. 80, año VIII. 1968.
- 6.- GALDAME, J.L.: Alcoholismo. *Lecc. de Cátedra*, núm. 68. Feb. 1968.
- 7.- GUIJA MORALES, E.: El toxicómano y la toxicomanía. *Bol. de Colegios Médicos*.
- 8.- JOST, F. y GLENTZ, U.W.: Modernos tratamientos en psiquiatría. *Curas de deshabitación: el problema maniaco, el alcoholismo crónico y su tratamiento.* *Fol. Clin. Int.* Tomo XI, núm. 9. Octubre 1961.
- 9.- KIELHOLZ, P. y otros: Ensayos sobre la cuestión de la reducción de la habilidad de tráfico por el alcohol, los tranquilizantes y los narcóticos. *Dtsch. Med. Weschr.* 94 (1969) 301.

- 10.- MARTI-TUSQUETS, J. L. PALLISER MOLL, P. S.: Estructuras factoriales en los grupos terapéuticos. Monografías de Cultura Psicológica, núm. 2, 1968.
- 11.- MURCIA-VALCARCEL, E.: Aportaciones de experiencia personal en psicoterapia del alcoholismo. Bol. Informativo del Inst. de Med. Psicológica. Año V núm. 56. Julio 1964.
- 12.- Evaluaciones de las drogas que causan dependencia. Org. Mun. Salud. Ser. Inf. Tecn. 1964. 287.
- 13.- Comité de expertos de la OMS en drogas que causan dependencia, 14 Informe. Org. Mun. Salud. Ser. Inf. Tecn., 1965, 312.
-15 Informe. Org. Mund. Salud, Ser. Inf. Téc. 1966, 343.
- 14.- Servicio de prevención de tratamiento de la dependencia causada por el alcohol y otras drogas. Org. Mund. Ser. Inf. Tecn., 1967, 363.

SEGUNDA PARTE

EN LAS DROGODEPENDENCIAS(*)

Por Félix BARATECH NUCHE
Julia CANO VALERO

La adición a las drogas es una problemática típica de nuestra sociedad. Como tal es proyección o producto del franco deterioro humano que ejerce violencia sobre la vida de los individuos. Es uno de los síntomas que señalan en términos generales la pérdida de significación del hombre contemporáneo y uno de los evidentes fracasos de la sociedad actual; nos preguntamos si, junto a esto, es también uno de los evidentes fracasos de la Psiquiatría contemporánea.

Sabemos que el abordaje terapéutico de una toxicomanía deberá ser polidimensional porque plurietiológico es su origen. A grandes rasgos, este abordaje puede concretarse en dos vertientes principales: la medicobiológica y la psicosocial. La primera vertiente hoy por hoy, está en parte resuelta en la práctica. En cuanto a la segunda se cuestionan aún varios problemas, algunos de vital importancia. Y es indiscutible que si bien ambas vertientes por separado resultan ineficaces, como vemos en la práctica diaria, sólo el buen acoplamiento de ambas nos permitiría establecer una terapéutica efectiva.

Sin embargo, nosotros quisiéramos incidir más bien en lo que es más frecuente y real: en las dificultades de ensamblaje de ambas vías

(*) Este trabajo constituyó una parte de una Ponencia dirigida por el PROF. J.M. GONZALEZ INFANTE, cuyo resumen se publicó en la Rev. Psicopatología, 4, 2, (133-156), 1984.

terapéuticas para obtener resultados positivos. Dificultades que vienen dadas por distintos aspectos del problema, que son los que queremos desarrollar a continuación.

En primer lugar hay que hacer constar que sobre el profesional de salud mental convergen tanto las expectativas de la sociedad ante el problema, como las del entorno del paciente, como las del propio enfermo en sí. Siendo estas expectativas en la mayor parte de los casos no coincidentes en cuanto a sus medios y fines. Mientras que la sociedad fundamentalmente exige que el enfermo no moleste, no delinca, sus familiares solicitan asistencia, internamiento o curación, y el toxicómano reivindica desde libertad para drogarse hasta una deshabitación sin dolor o un puesto de trabajo.

Dicha situación, que puede darse en mayor o menor grado en cualquiera de las formas del enfermar mental, es, sin duda, en el campo de las toxicomanías donde adquiere sus caracteres más llamativos. Esta convergencia de expectativas diferentes ante un mismo problema sitúa al profesional en un vértice por lo demás «incómodo», ante exigencias que no puede ni debe asumir, frente a una asistencia que no puede dar, o de cara a los condicionamientos planteados por el paciente.

Para adentrarnos en el tema y de alguna manera reflexionando sobre nuestra experiencia (dos casos de heroínomanía, vistos en los años 1977-79, a 300 casos por año que son los que venimos asistiendo actualmente en nuestro medio, la mayoría de urgencias) vamos a analizar la problemática que se nos plantea en cada uno de los aspectos que nos ocupan.

En cuanto a la psicofarmacoterapia existen factores que van a dificultar el tratamiento de este tipo de enfermos. En principio nos encontramos ante una persona que plantea ciertos problemas de relación: por ejemplo el heroínómano viene estando en un estado de analgesia permanente desde hace meses o años, por lo que frecuentemente le resultan intolerables las sensaciones dolorosas y trastornos que comienzan a sobrevenirles por la abstinencia. Empieza, pues, a reivindicar un tratamiento más ansiolítico y amenaza con autoagresión, suicidio o volver a pincharse si no se le medica a su gusto. Con suerte, dicho individuo puede no encontrarse ante algún miembro de ese sector médico que los rechaza, por desconocimiento del tema o que incluso habiéndolo tratado en algún momento ha encontrado

resultados tan desesperanzadores que lo ha abandonado. (Probablemente dichos resultados los encontrarse por plantearse metas demasiados elevadas: curación cómo desaparición absoluta de consumo de tóxicos, no recaídas, etcétera).

Es muy posible también que el paciente haya ido en demanda de ayuda a uno de los múltiples dispositivos asistenciales hospitalarios, donde actualmente ya no se les ingresa a no ser que tengan un compromiso orgánico importante. Para recibir, por tanto, tratamiento pueden seguir los siguientes caminos:

1.- Inician la búsqueda de un centro oficial que, exceptuando los manicomios, en la gran mayoría de las provincias no existen.

2.- Se ven abocados a ingresar en centros privados insuficientemente dotados, con el consiguiente gastos que esto supone.

3.- Pueden, tras superar estrictos criterios de selección, recluirse en una comunidad terapéutica y «pasar el mono a pelo», si son capaces de ello.

4.- O los familiares se responsabilizan de un tratamiento ambulatorio o un ingreso domiciliario. Tras ser instruidos o formados éstos para implicarlos en la terapia.

5.- En muchas ocasiones se quedan sólo en la consulta de urgencia, y estamos de acuerdo en que un tratamiento nunca debe proporcionarse en ésta, sino tras un diálogo serio encaminado a la investigación de un aspecto de suma importancia: LA MOTIVACION del enfermo.

Es frecuente en este aspecto la búsqueda de algún beneficio secundario. De todos es conocida la existencia de drogodependientes que inician programas de tratamiento para eludir problemática de tipo legal, familiar o social. Si añadimos a esto la falta de recursos para procurarse la droga o la escasez de esta en el mercado, son motivaciones no-terapéuticas frecuentes.

Una vez que se va a iniciar el tratamiento del tipo que sea, el contrato terapéutico, la normativa, el control se imponen más que en cualquier otro tipo de patología psiquiátrica. A veces hasta extremos casi policíacos: registros, sospechas, etc. El riesgo de la automedicación, el aporte de tóxicos por familiares y amigos, la no información de la medicación que se les administra, incluso el siempre paradójico efecto de los placebos son otros aspectos a considerar en este punto. Todo ello conlleva, entre otras cosas, a la observación de sín-

drome de abstinencia atípicos en su intensidad y duración.

Constatamos, sin embargo, que la psicofarmacoterapia, mal que bien, suele ser útil para establecer un lazo de unión entre el drogodependiente y el psiquiatra.

En cuanto a la socioterapia, ya apuntada anteriormente, para qué hablar de un problema que en general a la sociedad no le interesa, le asusta o le preocupa a ratos, pero que, sin embargo, vive al margen de la dramática situación en la que queda inmerso el individuo que ha perdido su libertad ante la droga y quiere recuperarla. De otra parte, el dedicarles atención supone mucho dinero, tiempo y personal para escasos resultados. Es por ello por lo que no queremos traer el aquí y ahora de las frías estadísticas que arrojan las distintas comunidades y grupos terapéuticos, ya que es bien notorio que por bajas que éstas sean producen alta satisfacción en quienes las dirigen. No sin reconocer al decir esto que probablemente las comunidades sean el único camino efectivo, aunque curación pueda significar reclusión de por vida, ya que el estar rehabilitado queda en función de estar rehabilitando a otros.

En esta breve exposición, en la que no pretendemos aportar nada nuevo, salvo la crítica que desde nuestro punto de vista de psiquiatras clínicos nos sugiere el enfrentarnos cada día a los estragos que la heroínomanía viene causando en nuestro medio (un heroínómano por guardia, como término medio).

CONCLUSIONES

1ª. Es evidente que nuestra sociedad sufre un franco deterioro y que la tecnificación ha convertido al hombre en un eslabón de una cadena. En la cual se siente cada vez más sólo y aislado, víctima del paro, la marginación y la incomunicación. La drogodependencia es un fenómeno que creemos básicamente adscrito a este punto.

2ª. La terapéutica de las drogodependencias es polidimensional, requiere la participación de un equipo pluridisciplinario y la colaboración de la sociedad en general: familia, contexto social, comunidad, estamentos públicos, órganos políticos, etc.

3ª. El profesional de la salud mental es el vértice donde confluyen las diferentes expectativas de la sociedad, del entorno del paciente y del propio enfermo. Esta situación; generadora de angustia,

es el resultado de los intentos de medicalizar o psiquiatrizar un problema de amplias raíces sociales.

4ª. Ante los escasos resultados de rehabilitación absoluta que se obtienen, ¿habría que considerar otros criterios de curación o de mantenimiento? Para lo cual, ¿habría que plantearse al heroinómano muchas veces como un enfermo crónico o incurable? Este cambio de planteamientos, estamos seguros, disminuiría la ansiedad del profesional ante el problema.

5ª. En nuestra experiencia personal hemos podido comprobar la no presentación del llamado síndrome de abstinencia, con las características clínicas habitualmente descritas, en los enfermos asistidos en los tres últimos años. Sea por impureza de la droga administrada, sea por interferencias en el tratamiento, por simulación o exageración de algunos síntomas, etc.

6ª. A pesar de que todo lo que acabamos de comentar pueda parecer pesimista y que los resultados de los autores en su mayoría son pobres, creemos importante el seguir estimulando a todos aquellos que hacen lo indecible por romper el mito de las toxicomanías.

Por tanto, se abren aquí unas grandes interrogantes que son a las que todos los profesionales que tocamos el tema (bien de lleno o bien como una patología más dentro del ejercicio profesional) esperamos o tenemos que dar respuesta.

CAPITULO VIII

**ORGANIZACION Y ESTRUCTURA DE
UNA UNIDAD DE TOXICOMANOS
EN UN HOSPITAL GENERAL**

Por José Manuel GONZALEZ INFANTE

Félix BARATECH NUCHE

Julia CANO VALERO

El contenido de este capítulo constituye un intento de ver como podría estructurarse y organizarse una Unidad de Toxicómanos en el seno de un Hospital General. Proyecto que estamos elaborando en la actualidad en el Hospital Moreno de Mora, donde se encuentra ubicado el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Cádiz. Dicho hospital está situado en el llamado «casco antiguo» de la ciudad, en pleno Barrio de la Viña, lo que significamos por ser éste uno de los lugares donde los drogodependientes realizan operaciones de tráfico. El hospital está dotado de 450 camas, donde tienen cabida los servicios clínicos de los distintos Departamentos Universitarios de la Facultad.

Esta Unidad constituiría un eslabón del programa que requiere el tratamiento de las toxicomanías. La realidad es, que en nuestro país, existen contados dispositivos asistenciales del tipo que nosotros proponemos, si a ello añadimos que en los centros que hasta ahora se atendían a estos pacientes, sin unidades especiales, los conflictos han sido tantos, que han llevado a sus responsables a no indicar su ingreso salvo cuando existe un serio compromiso orgánico, creemos sin lugar a dudas en la necesidad de crear Unidades de Toxicómanos en hospitales generales, para así poder prestar una asistencia adecuada a estos enfermos, que cada día en mayor número acuden a nuestras consultas en demanda de ayuda.

Antes de abordar las características propias de esta unidad para desintoxicación de toxicómanos, convendría puntualizar su posible integración dentro de la red asistencial psiquiátrica.

Al no existir aún un plan unificado de la asistencia psiquiátrica en nuestra provincia, por razones obvias, vamos a situarla dentro de un marco asistencial que, aunque meramente teórico, nos sirva de referencia para entender su futuro funcionamiento, haciendo por otra parte la salvedad, de que sin su concurso, nos parece por completo carente de sentido la creación de dicha Unidad para Toxicómanos, ya que la carencia de una infraestructura asistencial la haría totalmente inoperante en la práctica.

Esta Unidad, aunque independiente en su funcionamiento y basada su actividad asistencial en un modelo socio-sanitario más que propiamente médico-psiquiátrico, requiere no obstante para que su labor sea medianamente eficaz el concurso de ciertos eslabones asistenciales, que únicamente le pueden ser prestados, si queda integrada en el seno de una asistencia médico-psiquiátrica convenientemente organizada (esquema I); así:

- Su ubicación en el hospital general se hace imprescindible, dado el alto índice de alteraciones somatopatológicas que presentan los toxicómanos (hepatopatías, pancreatitis, endocarditis, afecciones pulmonares, etc.).

- El concurso de otras Unidades psiquiátricas constituye también otra ayuda necesaria para su funcionamiento, de entre las que destacaríamos:

- a- La unidad psiquiátrica del hospital general del Departamento de psiquiatría, de la que recibiría ayuda tanto por su «servicio de guardias» como por ser una fuente importante de sus admisiones.

- b- Equipo psiquiátrico-social de asistencia domiciliaria y consultas externas del policlínico Universitario, ambas unidades del Departamento de Psiquiatría, que les remitiría los casos de drogadicción detectados.

- c- Lo mismo puede decirse en cuanto a las consultas externas del Hospital Psiquiátrico y a su «Unidad de agudos».

- La labor propiamente socioterapéutica, imprescindible en todo paciente drogodependiente desintoxicado, debe recibirla en un «Centro de Rehabilitación» directamente adscrito a ella, independiente del «Hospital de Día» del Departamento de Psiquiatría y de la «Unidad de Rehabilitación» del Hospital Psiquiátrico, y con ubicación fuera de la ciudad. Con estructura organizativa tipo granja y personal asistencial no sanitario, constituido por drogodependientes

rehabilitados, le dan ese carácter ni médico, ni psiquiátrico, al que hemos hecho referencia al hablar del modelo asistencial que le debe ser propio, al menos en las fases últimas de su acción terapéutica.

Veamos pues, que la Unidad de Toxicomanías entendida con amplitud de miras y pensando en su efectividad operativa, no puede quedar circunscrita a una mera «Unidad de desintoxicación», que aunque absolutamente necesaria, no es más que el primer paso de su labor terapéutica.

ESTRUCTURA

La unidad estaría ubicada dentro del hospital general, en una dependencia, separada del resto de las salas del Centro, formando parte del Departamento de Psiquiatría y en íntima relación con el equipo de Medicina Interna.

Tendría que contar con un máximo de 6 camas, distribuidas en: dos habitaciones individuales para cuidados especiales y aislamiento y dos habitaciones dobles con cuarto de baño. Todas ellas provistas de sistema de aspiración, bien iluminadas y ventiladas. También deberá contar con un comedor, centro de reunión con T.V., revista y juegos.

El personal encargado de esta unidad, deberá tener las siguientes dependencias:

- 1 Despacho médico.
- 1 Despacho para Psicólogo.
- 1 Despacho para Asistencia Social.
- 1 Recinto para ATS

El personal mínimo que estimamos necesario en un principio sería el siguiente:

- 2 Médicos psiquiatras.
- 2 Psicólogos clínicos: uno de mañana y otro de tarde.
- 1 Asistente Social.
- 2 ATS psiquiátrico por turno de 24 horas.
- 1 Auxiliar por turno de 8 horas.
- 2 Celadores por turno de 8 horas.

No olvidando que al estar adscrita al Departamento de Psiquiatría, cualquier urgencia sería atendida por el equipo de guardia del hospital, que incluye un médico-psiquiatra.

ASISTENCIA

Proponemos el esquema siguiente:

a) Los enfermos a asistir serían remitidos:

1.- Directamente de las consultas externas del policlínico de Psiquiatría.

2.- Del área de urgencias (previa evaluación en consulta externa).

3.- Remitidos por el equipo psiquiátrico-social de asistencia domiciliaria.

4.- Y sobre todo remitidos de los distintos dispositivos asistenciales y Hospitales de la Provincia. Queremos en este punto señalar, que la Provincia de Cádiz, cuenta con más de un millón de habitantes y tiene tres núcleos o áreas geográficas muy importantes tanto por su densidad de población como por su censo en drogodependencia (unos 9.000 en total), siendo éstos tres núcleos: Cádiz capital y Bahía, Jerez y Sierra de Cádiz y campo de Gibraltar. Y que por ello lo ideal sería la creación en un futuro próximo, de unidades de toxícomanos en las zonas mencionadas.

b) Entrevista con el paciente: en esta entrevista se haría una evaluación de su situación, accediéndose a la misma previa citación y nunca de urgencias, en esta evaluación clínica se incidiría en:

- Motivación para abandonar la droga.

- Eliminación progresiva del tóxico por el propio enfermo en los últimos días o meses.

- Antecedentes de abandono del mismo con o sin tratamiento.

- Existencia o no de complicación orgánica.

- Situación social y familiar.

- Situación legal, etc.

c) Tras esta entrevista se cita al paciente con sus familiares y/o personas que convivan con él, haciendo con ellos una nueva evaluación del caso, siendo el resultado de ésta, la indicación del tratamiento a seguir: ambulatorio o en régimen hospitalario.

Teniendo en cuenta que la patología orgánica no requiera ingreso y la familia estuviese motivada para que colaborara en el «tratamiento domiciliario», y éste fuera preferible para el enfermo, se aconsejaría éste fundamentalmente, pasando a control diario en el

dispensario.

d) Supuesto que el enfermo requiera internamiento en la «Unidad» se establecerá el «contrato terapéutico», dándole a conocer por escrito la normativa (sus derechos, deberes y obligaciones) informándole de ellos y clarificándoles el porqué de los mismos.

La normativa a la que nos referimos la hemos adaptado de las existentes en Centros de similares características:

1.- Prohibición de tener o consumir en la Unidad cualquier tipo de fármacos que no sean los prescritos, así como alcohol y cualquiera de las sustancias tipificadas como «drogas».

2.- El enfermo depositará a su ingreso todas sus pertenencias, se le facilitará ropa adecuada del Centro, que mantendrá durante su hospitalización, no teniendo acceso a sus objetos personales hasta el alta.

3.- Se procederá a exploración clínica sistemática.

4.- El paciente desconocerá, por no recibir información, el tratamiento que percibe.

5.- No podrá recibir visitas los cinco primeros días de estancia en la Unidad. Pasados éstos sólo se permitirán las autorizadas por el equipo terapéutico.

6.- Durante los diez primeros días no se puede salir de la Unidad. Ateniéndose a las normas generales de horarios, etc.

7.- El proceso de desintoxicación no puede durar menos de diez días; el alta por tanto no puede solicitarse, hasta transcurrido este tiempo.

FUNCIONAMIENTO INTERNO

El funcionamiento de la Unidad será el siguiente: A primera hora de la mañana reunión del equipo terapéutico, en la cual se planificará el trabajo, se informará de las contingencias habidas por el psiquiatra de guardia del Departamento de Psiquiatría y el ATS de 24 horas, y se hará una evaluación de enfermos nuevos ingresados. A continuación se ocupará la mañana en la realización de exploraciones clínicas complementarias, controles de evolución, investigación de catabolitos de opiáceos en orina, etc. La cromatografía de orina se hará sin previo aviso a los pacientes y eligiendo estos al azar. La negativa a esta exploración determinará la exclusión del programa y en

caso de positividad reconsideraremos la postura terapéutica a seguir.

Por las tardes se dispondrá de un horario de reuniones, psicoterapias y esparcimiento, actividades en las cuales participan los ATS de sala, dada su importante función en estimular la comunicación entre enfermos, motivándoles hacia temas de interés (que no sea todo hablar de drogas), facilitándoles entretenimientos y atendiendo a sus necesidades. Admitiendo la posibilidad de participación en algunas reuniones de heroinómanos rehabilitados.

Queremos aclarar y matizar un poco más, el porqué tratamos de encajar la llamada «Unidad de Toxicómanos» en el hospital general. Es evidente la preocupación que en nuestra sociedad viene determinando el creciente aumento de éste modo de enfermar y que por otra parte no ha encontrado en la Administración una respuesta adecuada. El hecho real es que no existe ningún dispositivo de asistencia dependiente del Ministerio de Sanidad.

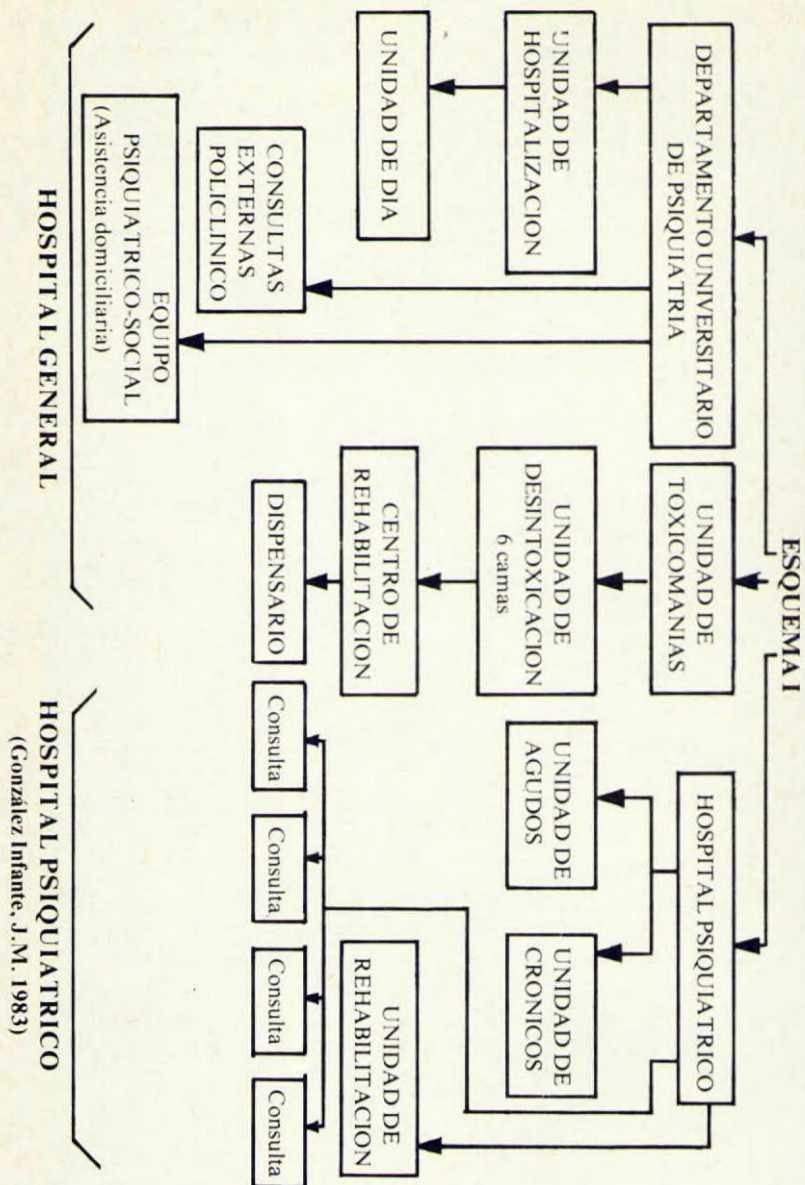
Hasta ahora estos acuden a los distintos dispositivos asistenciales de urgencia, que existen en sus respectivas ciudades y por norma general de ahí se remiten a las «Instituciones Manicomiales». El ingreso en dichas instituciones comporta al menos dos aspectos negativos: por un lado el rechazo del personal sanitario carente de medios, y no especializado por lo general en el tema; y por otro la etiquetación como enfermo mental del heroinómano ya de por sí marginado.

Cuando el ingreso (no especializado) se lleva a cabo en algún servicio del hospital general, queda claro que el rechazo se mantiene por las razones antes expuestas y por los problemas que plantean los heroinómanos en dichos servicios, al no someterse a programa de desintoxicación y al mantener el consumo, crear problemas de proselitismo, robo de medicamentos, etc., que evidentemente trastorna la dinámica del hospital.

En este sentido, se pretende ofertar a estos pacientes el someterse a un programa en la unidad, procediéndose a su selección y traslado a la misma cuando las condiciones médicas lo permitan.

Para finalizar, queremos decir, que sin ignorar la dificultad de la rehabilitación de este tipo de enfermos, estamos convencidos que con este modelo tan sencillo que aquí esbozamos, aunque costoso, se paliarían de entrada alguno de los problemas que se plantean en el primer paso del tratamiento. No sin olvidar que los toxicómanos no se pueden contemplar desde una perspectiva exclusivamente médi-

ca, sino como un fenómeno con amplias ramificaciones sociales, políticas, económicas, demográficas, geográficas y epidemiológicas, que condicionan la puesta en marcha de cualquier proyecto por modesto que este sea.



CAPITULO IX

EDUCACION SANITARIA EN DROGODEPENDENCIAS A NIVEL ESCOLAR

Por José CRESPO BENITEZ

José Manuel GONZALEZ INFANTE

Angel MARCILLA FERNANDEZ

José Manuel MARTINEZ DELGADO

Sebastián GIRON GARCIA.

I. INTRODUCCION

El objetivo de este capítulo es exponer y analizar las experiencias que sobre prevención de drogodependencias en el medio escolar se han desarrollado recientemente en la provincia de Cádiz.

Parece oportuno hacer una breve introducción contextual al objeto de facilitar el posterior análisis de las acciones sanitarias llevadas a cabo.

Desde el punto de vista sociológico, el consumo de las distintas drogas tiene un grado de aceptación variable.

Se consideran drogas institucionalizadas aquellas cuyo uso está integrado culturalmente y gozan del respaldo de la tradición. Por el contrario, las drogas no institucionalizadas no tienen este apoyo cultural, soliendo estar su consumo penalizado. Es evidente que el hecho de que una droga esté institucionalizada o legalizada no guarda relación con su peligrosidad.

La necesidad de la prevención en el terreno de las drogodependencias viene determinada directamente por el aumento espectacular de las mismas. En España existen datos epidemiológicos que reflejan las dimensiones y graves consecuencias del alcoholismo. Estos datos son más escasos y menos fiables cuando tratan de establecer las consecuencias de las farmacodependencias y otras formas de abuso de drogas institucionalizadas. En el caso de las drogas no integradas culturalmente, las dificultades para un estudio epidemiológico son obvias, ya que su producción, distribución y consumo se hacen de

forma clandestina.

A pesar de que no resulta posible hacer afirmaciones respecto a la verdadera incidencia de las drogodependencias en general, los datos disponibles y la demanda de asistencia, sí nos permiten asegurar la importante progresión del problema.

Lógicamente, toda acción preventiva debería en principio ser enfocada para actuar sobre las posibles causas, pero al encontrarnos en el campo de las drogodependencias un sinfín de factores etiológicos, el tema adquiere gran complejidad. Por tanto, aquí más que en otros sectores, se requieren un análisis y una planificación globales de tipo sanitario que afronten en profundidad y de forma rigurosa el problema. Por esta razón, cualquier actuación aislada resultará insuficiente, si no va integrada dentro de un conjunto de medidas sociales, legislativas, sanitarias, educativas, etc., cuya adopción trasciende al campo de la medicina. Por todo ello, sólo a nivel político, podría realizarse algún día una acción coordinada en todos los frentes.

Básicamente los pasos que habría que seguir son los siguientes:

1. Estudio epidemiológico que establezca la dimensión del problema y que delimite cuáles son los conocimientos, actitudes y hábitos de la población respecto a las drogas más consumidas en nuestro medio, así como cuáles son los factores causales en cada tipo de drogodependencia existente entre nosotros.

2. Definición de objetivos prioritarios concretos, limitados a ciertos sectores de la población y a ciertas drogas.

3. Formulación de los diferentes programas a seguir para alcanzar los objetivos establecidos.

4. Análisis de las consecuencias sanitarias, sociales y económicas de las distintas alternativas.

5. Realización del programa elegido.

6. Evaluación de los resultados.

II. ASPECTOS EDUCATIVOS EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS.

Ha quedado claro que los programas educativos no son la única medida preventiva en el terreno de las drogodependencias. Por este motivo no resulta razonable esperar una disminución en incidencia de la enfermedad si nos limitamos a poner en marcha estas acciones

educativas, aún cuando estuviesen bien realizadas, cosa que no siempre sucede. La adquisición de hábitos sanos en relación con las drogas no depende sólo de que aumentemos el nivel de conocimientos y ni tan siquiera, de que modifiquemos las actitudes de la población mediante programas educativos.

A pesar de estas limitaciones, resulta indiscutible el valor de las acciones educativas en el terreno de la prevención de las drogodependencias, razón por la que se han servido de estos medios distintos países.

En líneas generales, existen dos grandes modelos de actuación: la información y la educación sanitarias.

Se entiende por información la simple transmisión de conocimientos o técnicas sobre una materia determinada. El envío de mensajes tiene lugar en un solo sentido, no teniendo posibilidad el destinatario de hacer preguntas, aclarar problemas o expresar sus propias preocupaciones al respecto.

Los medios de comunicación social suelen hacer uso de esta forma de transmisión en el terreno de las drogas con unos contenidos que con frecuencia carecen de efectos positivos e incluso, tienen resultados incitantes y, por tanto, contrapreventivos.

En toda España, durante los últimos años, ha existido una gran demanda de información sobre drogas. Numerosos centros educativos y otros tipos de entidades sociales, alarmados y angustiados ante la problemática social y sanitaria de las toxicomanías, han requerido expertos en el tema, cuya actuación se ha limitado a una conferencia o charla, que ha solido gozar de gran audiencia y poder de convocatoria y donde se insistía en los efectos negativos del abuso de las drogas. A este tipo de actos, en principio, puede concedérsele escasa eficacia ya que la mayoría de las veces se programa una sola conferencia, a la que asiste un público heterogéneo, al cual se proporciona en poco tiempo una información densa, no llevando a cabo un análisis de alternativas ni posibilitando la ventilación de problemas personales. Con mucho, sólo puede concederse a estas actuaciones la creación de una cierta conciencia colectiva que exija algún día la adopción de medidas preventivas complementarias.

En resumen, podríamos concluir que la información es necesaria en algunos sectores y circunstancias sociales, pero no suficiente.

En cambio, la educación sanitaria es un proceso bilateral, que

no excluye la información, pero que pretende prioritariamente la maduración, el refuerzo de valores a nivel personal y en último término, la modificación de conductas sobre temas de salud. Requiere una planificación coordinada a distintos niveles y una estrategia concreta. Estos programas, que deben tener una larga duración, no pueden improvisarse. A tal respecto, como dato a tener en cuenta, puede señalarse que en Suecia se lleva a cabo en la actualidad una planificación sanitaria en este terreno que va a contar con una duración de 25 años.

Lógicamente, para conseguir una educación eficaz, la programación sanitaria debe abarcar los distintos frentes de acción ya señalados, con la técnica adecuada.

III. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO.

Hasta en tanto la Administración Pública asuma con rigor y en profundidad la prevención de las drogodependencias y del alcoholismo en particular, nos ha parecido oportuno llevar a cabo una serie de acciones de tipo preventivo.

La primera de ellas, tuvo su origen en el seno de las reuniones de grupo de la Asociación de Enfermos Alcohólicos Rehabilitados de Cádiz (A.R.CA.), y ha consistido en la convocatoria de dos concursos de redacción sobre «La Enfermedad Alcohólica», en los que participaron todos los alumnos de 6º, 7º y 8º de E.G.B. escolarizados en la provincia de Cádiz.

La segunda, consistió en la programación y realización de varios cursos de perfeccionamiento de profesores sobre «Salud Mental en la Adolescencia».

Ambas actividades se desarrollaron desde el Centro de Salud Mental (A.I.S.N.A.) en colaboración y con el asesoramiento del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de Cádiz.

1º.- CONVOCATORIA DE DOS CONCURSOS DE REDACCION BAJO EL TITULO «LA ENFERMEDAD ALCOHOLICA»

A.R.CA. nació de las reuniones de psicoterapia de grupo que los enfermos alcohólicos llevaban a cabo semanalmente en el Pro-

grama de Lucha Antialcohólica. La necesidad de la Asociación apareció, cuando algunos de estos enfermos con varios años de asistencia a las reuniones, entendieron que cumplido el objetivo de mantenerse en abstinencia, podían hacer extensiva su experiencia a otros pacientes.

La idea de convocar un primer concurso de redacción con el título de «LA ENFERMEDAD ALCOHOLICA», surgió de la Asociación en el año 1982. A tal fin y dados la complejidad y el alto costo de dicha acción preventiva, se estableció para una mayor eficacia una coordinación entre la Dirección Provincial de Salud y Cáritas, institución que previamente había financiado un importante estudio sobre el alcoholismo en Andalucía, realizado por el equipo de investigación sociológica EDIS. La primera, proporcionó dos variedades de carpetillas con fichas informativas editadas por el antiguo Ministerio de Sanidad y Seguridad Social sobre alcohol y alcoholismo, que fueron ampliadas con un folio en el que quedaron reflejados los indicadores epidemiológicos actuales de la enfermedad alcohólica. Cáritas Diocesanas financió el total de la dotación de los premios que suponía 52.000.- ptas.

Convocamos el concurso para el segundo trimestre del curso escolar 1982/83, y enviamos por correo, a finales de enero de 1983, a los 420 Centros educativos estatales y privados de la provincia, un dossier que contenía las bases del concurso, un ejemplar de la referida carpeta con fichas informativas y una carta dirigida al Director del Colegio en la que se razonaba la oportunidad del mismo, dando las instrucciones oportunas para su desarrollo. Se recomendó que pudiese a disposición de los profesores de la segunda etapa de E.G.B. todo el material remitido. Ellos, tras su lectura y estudio, debieron dar una clase explicando a los alumnos los datos más importantes de la enfermedad alcohólica, anunciando el concurso y dando lectura a las bases del mismo.

De esta forma los alumnos tuvieron la oportunidad de reflexionar sobre el tema, creando o modificando actitudes básicas en relación al alcohol y al alcoholismo. El profesor debía seleccionar la redacción de la clase que, según criterios literarios y sanitarios, fuese de mayor calidad. Tras ésto, habría una segunda selección entre los mejores trabajos de cada una de las clases del Colegio, debiendo elegirse uno como representante del centro escolar. Las bases estable-

cían un primer premio de 20.000.- ptas. para el Colegio y 10.000.- ptas. para el alumno. Un segundo premio de 10.000 y 5.000.- ptas. para el Colegio y alumno respectivamente y un tercer premio de 5.000.- para el Colegio y 2.500.- para el alumno.

En los centros escolares que nos lo solicitaron, se desarrollaron charlas-coloquios, en las que participaron enfermos de la Asociación y personal técnico, utilizando un juego de diapositivas editadas por el Ministerio de Sanidad, sobre la prevención de la enfermedad alcohólica. Estas charlas comenzaban con una exposición técnica, apoyada por las diapositivas, en la que empleábamos unos quince minutos, haciendo hincapié en la conceptualización del alcoholismo como enfermedad y en las complicaciones personales, familiares, laborales y sociales como síntoma de la misma. Posteriormente, un enfermo, dando su testimonio personal, abría un diálogo con todos los asistentes, interviniendo los técnicos para aclarar ciertos aspectos de la enfermedad alcohólica y desmitificar determinados usos del alcohol. Describíamos los tipos de bebidas alcohólicas y como objetivo primordial diferenciábamos las situaciones de uso, abuso y dependencia. Pretendíamos de esta manera, que el niño conociera la realidad del problema y al mismo tiempo recibiera una educación sobre la enfermedad alcohólica, no faltando ocasiones en las que los alumnos ventilaran situaciones personales.

El Director Provincial de Salud también remitió a los 42 Jefes Locales de Sanidad de la Provincia el mismo dossier enviado a los directores de los centros escolares, en el que se solicitaba su colaboración ampliando o clarificando ideas al personal docente de los distintos centros educativos existentes en su demarcación, labor que recomendaba se llevase a cabo tras un ofrecimiento personal.

Toda esta acción docente se vió apoyada por la Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Ciencia que previamente había sido informada del proyecto y que remitió a la Inspección de Educación Básica del Estado una memoria completa del mismo rogando su cooperación.

Paralelamente, fueron publicadas en la prensa provincial las bases del concurso. También en la misma prensa fue ampliamente entrevistado del Presidente de A.R.C.A. que expuso las razones del Concurso y los indicadores sanitarios más llamativos de la Enfermedad Alcohólica.

De los 420 colegiados informados, se recibieron trabajos de 208, lo que constituyó una participación del 50%. Tras el fallo del jurado se premió una redacción que, entre otros contenidos sanitarios, recogía el cambio de actitud frente al problema:

«Yo creía que el alcohólico era un vicioso, ahora ya sé que es un enfermo y que muchos niños están viviendo día a día en sus hogares ese drama...»

(Este trabajo fue publicado íntegramente en la prensa provincial).

Con los mismos fines y medios y en las mismas condiciones, A.R.C.A. resolvió convocar un segundo concurso de redacción sobre «La Enfermedad Alcohólica», durante el curso escolar 1983/84. Se celebró en el segundo trimestre de dicho curso y se presentaron 270 redacciones, correspondientes a tantos colegios, lo que eleva la participación a un 65%.

Nuevamente la redacción ganadora ofrecía reflexiones acerca del alcoholismo como enfermedad, y llegaba, como veremos, a una conclusión o postura vital ante las drogas en general:

«Dicen que las drogas sirven para olvidar todos los problemas y no sentir nada. Pues yo prefiero este mundo con todos sus conflictos e inconvenientes, pero en el que tenemos sensaciones y somos nosotros mismos».

(Igualmente este trabajo fue publicado íntegramente en la prensa provincial).

Con estas acciones preventivas hemos pretendido de forma experiencial, abarcar distintos frentes.

En primer lugar, hemos informado al profesorado de la segunda etapa de E.G.B. de la problemática social y sanitaria del alcoholismo.

En segundo lugar, hemos pretendido llevar a cabo una educación sanitaria sobre el alumno de 6º, 7º y 8º de E.G.B..

En tercer lugar, hemos podido sensibilizar a las familias de los alumnos con las noticias que éstos, lógicamente, llevaron a sus casas en relación al tema. En la práctica detectamos un manifiesto incremento de la demanda de asistencia en familiares de alumnos que participaron en los concursos.

En cuarto lugar, hemos tratado de llegar al público en general a través de las publicaciones en prensa de las bases del concurso, de la entrevista con el presidente de la asociación y de las redacciones pre-

miadas, sensibilizando a la sociedad en general sobre el problema sanitario, social y laboral de «La Enfermedad Alcohólica».

Por último, hemos facilitado información actualizada a los 42 Jefes Locales de Sanidad de la Provincia.

En una tercera edición de este concurso, la del próximo año, esperamos poder evaluar y cuantificar la eficacia del mismo, llevando a cabo un análisis previo de las actitudes básicas de los profesores y los alumnos en relación a «La Enfermedad Alcohólica».

Hasta en tanto la información y educación sobre alcohol forme parte de programas de educación sanitaria impartidos a todos los escolares a nivel nacional, y hasta que se efectúen cursos de actualización en la materia a grupos seleccionados (sanitarios, profesores, etc.), nos ha parecido oportuno, a pesar de sus posibles imperfecciones, llevar a cabo las actividades descritas que, sin duda, han podido acaparar la atención de gran parte de la población provincial.

Otro aspecto a destacar es la colaboración de los asociados, que ha constituido un hecho positivo por haber facilitado la proyección social del grupo y su cohesión, llevándose a cabo en definitiva, una actividad claramente terapéutica y rehabilitadora.

2º.- CURSOS DE PERFECCIONAMIENTO DEL PROFESORADO SOBRE «SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA».

En esta última parte de nuestro trabajo vamos a exponer una experiencia que podríamos considerar como experiencia piloto y que puede servir de base o punto de referencia cuando estas actividades preventivas en relación a las drogodependencias se institucionalicen.

Se trata de tres Cursos de Perfeccionamiento del Profesorado sobre Salud Mental y Adolescencia, en los que el tema de las drogodependencias es tratado, no de una manera aislada, como habitualmente se viene haciendo, sino integrado dentro del amplio campo de la Salud Mental. Antes de exponer las acciones concretas llevadas a cabo nos parece oportuna una reflexión teórica sobre la Escuela como agente socializador.

El individuo llega a hacerse un «ser social» gracias al esfuerzo, al control de sí mismo y a la aceptación de las normas sociales vigentes.

Este proceso es de orden esencialmente educativo, esto es, dirigido desde fuera del propio individuo por agentes socializadores como la familia, la escuela, el grupo de amigos y el tipo de sociedad en donde se encuentra inmerso.

La familia en nuestro medio se ocupa poco del proceso de socialización, porque en una sociedad postindustrial y compleja como la nuestra, la familia no sabe, no puede y en muchos casos está poco interesada de forma consciente en la educación de sus miembros.

La escuela como institución, es decir, como factor de socialización que ha sido establecido con una cierta estructura y estabilidad a lo largo del tiempo, suele limitar su actuación a enseñar y transmitir los contenidos de los programas de las asignaturas que integran cada curso.

El grupo de amigos y el contexto social en donde se desenvuelven constituyen los factores de socialización más dinámicos y quienes más problemas plantean.

Ya hemos visto cómo el tema de la droga es una cuestión que tiene connotaciones políticas, sociales, educativas, sanitarias, legales y que debe ser abordado por lo tanto, desde distintas perspectivas, pero con una estrategia coordinada y con un objetivo único: colaborar en la erradicación de las toxicomanías o al menos disminuir y racionalizar el consumo de las drogas institucionalizadas.

Nuestra reflexión se centra en lo que la Escuela como institución y como agente socializador podría hacer ante este problema desde la realidad concreta en que se encuentra.

La Escuela no es un ente abstracto. Está constituida desde el punto de vista de los elementos personales, por alumnos y profesores que viven en interacción entre sí y con los demás miembros de la sociedad. Esto significa que los cambios y los acontecimientos sociales influyen en la dinámica y las orientaciones de la Escuela y ésta como agente socializador puede contribuir en gran medida a modificar su entorno social.

El elemento personal de la Escuela, alumnos y profesores, se encuentra inmerso en un ambiente sociocultural basado en las drogas:

Las pastillas y los medicamentos aparecen cada día más sofisticados y como solución mágica a todo tipo de problemas.

El consumo nacional de tabaco está situado muy por encima de la media mundial.

El alcohol es la droga nacional por excelencia perfectamente asentada e institucionalizada.

Y finalmente el consumo de otro tipo de drogas consideradas ilegales está avanzando espectacularmente en los últimos años, como demuestran las estadísticas, que constatemente van modificándose, y las noticias que diariamente aparecen en los medios de comunicación.

Desde el punto de vista sanitario, las realidades expuestas hacen que la drogodependencia sea la enfermedad más extendida del país.

A este ambiente cultural de drogodependencia hay que añadir toda una serie de factores precipitantes tan diversos como el temor a un aniquilamiento nuclear, la ausencia de oportunidades de trabajo y la inseguridad ante la aceleración de los cambios en los sistemas de creencias, valores y conductas.

Este podría ser a grandes pinceladas el cuadro social en el que se encuentra inserta la Escuela y sus elementos personales, muchos de los cuales «pasan» de las exigencias y conflictos cotidianos.

Sin embargo, la Escuela como agente socializador se encuentra en una situación de privilegio en cuanto a la extensión de sus enseñanzas y a la profundidad de las mismas. Por ésta razón muchas miradas se centran en ella para actuaciones preventivas en el terreno de la drogadicción, por varios motivos:

Primero, porque la familia cada vez está menos preparada y dispuesta a asumir funciones que hace tiempo dejó de lado.

Segundo, porque el sector policial, después de años de actuación y experiencia en este campo, descubre que las medidas represivas no son eficaces por sí solas.

Y finalmente, porque los profesionales del sector sanitario se sienten igualmente impotentes y reconocen que la rehabilitación y la reinsercción social del drogadicto proporcionan mínimos resultados, frente a los costes requeridos de esfuerzo, dinero, tiempo y personal especializado.

Pero en realidad, ¿Qué hace la Escuela?. Enseña, transmite conocimientos, prepara para seguir estudiando, ejerce funciones de selección y educa, muchas veces, sin objetivos precisos y coordinados, o se inhibe centrándose en objetivos puramente académicos.

El alumno ideal de la Escuela tradicional suele ser el niño que no plantea problemas, de forma que cuando aparecen alumnos con

conductas relacionadas con la droga, la mayor parte del profesorado elude compromisos y responsabilidades e incluso se adoptan actitudes de rechazo y marginación de la manzana podrida, que podría contaminar al resto de los alumnos.

Y sin embargo, como señala Olsen en «Escuela y Comunidad» es sólo a través de una educación apegada a la realidad y por tanto apegada a la vida, como de un modo permanente puede salvarse el abismo existente entre pensamiento y acción, entre Escuela y Comunidad.

La Escuela como Institución se inhibe unas veces por comodidad. Pero otras, lo hace ante el panorama de desconcierto que existe sobre el tema. Efectivamente, no existe una política preventiva a nivel nacional y regional, que programe acciones, que unifique esfuerzos y que clarifique el tema sobre el que existen muchos interrogantes sin contestar. Por ejemplo: ¿Es mejor enseñar o no? ¿Cómo debe hacerse? ¿Sobre qué contenidos? ¿Quién, cómo y cuándo?

Ya hemos visto cómo surgen así irregular y esporádicamente actividades pretendidamente educativas, sin clarificar objetivos, sin evaluar resultados y sin tener en cuenta la figura del profesor. Como consecuencia, muchas de estas acciones crean una cierta inquietud pasajera y aparecen como una justificación de que algo se está haciendo.

Ante esta situación de desorientación y desconcierto creemos que urge cubrir dos objetivos a nivel escolar: Primero, incorporar el tema de la educación para la salud en los programas escolares; y en segundo lugar, formar al profesorado y concienciarle sobre su responsabilidad en este campo.

Las acciones preventivas llevadas a cabo hasta ahora por los miembros del equipo del Centro de Salud Mental de Cádiz se han centrado en el contexto de este segundo objetivo general, considerando al educador como formador y modificador de actitudes.

A este respecto en el año 1983 organizamos, en colaboración con la Universidad de Cádiz, un Curso sobre «Salud Mental y Adolescencia» dirigido a Profesores de E.G.B., F.P. y B.U.P., indiscriminadamente.

Considerábamos que el tema de la drogodependencia debía de estar integrado en el amplio campo de la Salud Mental y por lo tanto, no debía de ser abordado de manera aislada, como se hace fre-

cuentemente en este tipo de intervenciones.

Los objetivos específicos que pretendíamos cubrir eran:

- 1.- Que el profesorado conociera los aspectos fundamentales de la Psicología del Adolescente actual y sus condicionamientos biológicos, psicológicos y sociales.
- 2.- Introducir a los participantes en el conocimiento de las alteraciones de conducta durante este período crítico, al objeto de posibilitar una detección precoz y una orientación acertada.
- 3.- Proporcionar una formación básica al profesorado sobre las drogodependencias y sobre la actuación a seguir desde el punto de vista educativo y preventivo.
- 4.- Dar a conocer los recursos disponibles en nuestra provincia para la orientación y tratamiento de la problemática en relación con los temas expuestos.

Esta experiencia fue valorada y medida mediante una escala de actitudes que se aplicó al profesorado antes y después de nuestra intervención.

Los resultados fueron globalmente satisfactorios pero nos hicieron pensar en algunas modificaciones para cursos posteriores similares a éste. Y así, en 1984 impartimos el mismo curso de «Salud Mental y Adolescencia» insistiendo de una manera más directa en los temas de drogodependencia y homogenizando los grupos. Es decir, impartimos el mismo curso, de 20 horas de duración, independientemente a profesores de la segunda etapa de E.G.B., Formación Profesional y B.U.P., en sus respectivos Centros. De esta forma, acomodábamos mejor nuestra intervención al contexto al que iba dirigida.

La experiencia no solamente resultó más gratificante para los alumnos y profesores del curso, sino que los resultados fueron más eficaces.

Este tipo de intervenciones, que se enmarcan dentro de la concienciación y formación permanente del profesorado en sus distintos niveles, creemos que son totalmente necesarias para hacer un abordaje profundo y coherente del tema que nos ocupa.

Uno de los elementos personales que constituyen la comunidad educativa, el profesorado, es el primero que debe ser atendido y alertado sobre las implicaciones y los riesgos individuales y sociales de las drogodependencias. Porque ellos son y no otros profesionales los que en el ámbito escolar conocen las técnicas psicopedagógicas, las

características de sus alumnos y el contexto social en donde se desenvuelven, para actuar oportuna y adecuadamente sin rechazos.

Con programas integrados en el currículum escolar, ajustados a las necesidades del alumnado y a las exigencias de los tiempos, y con un profesorado consciente e informado, la Escuela desde su posición institucional podría contribuir acertadamente a conseguir el objetivo que proponíamos al principio: colaborar en la erradicación de las toxicomanías, o al menos, disminuir y racionalizar el consumo de las drogas institucionalizadas.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO TORRENS, F.J.: «Sociedad y Alcoholismo». Rev. de Estudios Sociales y Sociología Aplicada. Nº 35, junio de 1979.
- BOGANI MIGUEL, E.: «Las causas sociales del alcoholismo». Rev. de Estudios Sociales y Sociología Aplicada. Junio 1979.
- BANCO F. MENDOZA, R. y VEGA, A.: «Técnicas de prevención en las fármacodependencias», en Ponencias y comunicaciones de las VII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol (Pamplona, 29 Sept. 1979) Diputación Foral de Navarra 1980.
- CENTRO COORDINADOR DE LAS DROGODEPENDENCIAS. Gobierno Vasco. «La educación sobre drogas en la Escuela». (Guía del profesor) D.A.K. Vitoria 1982. «Aspectos metodológicos de la educación sobre drogas. D.A.K. Vitoria 1982.
- CORNAGO, J.M.: «Los educadores ante la problemática» (La educación ante el problema de las drogas). Documentación, Institutos Técnicos Educativos. Enseñanzas integradas, nº 4. Año V, 4º Trimestre 1981.
- CRAIG, J.: «El profesor ante el consumo de drogas». Santillana-Madrid 1980.
- CRESPO BENITEZ, J. y Col.: «Campaña de prevención de alcoholismo y toxicomanías realizada en la provincia de Cádiz». Drogalcohol. Vol. III, nº 2. Abril 1978.
- EQUIPO DEL GABINETE DE PEDAGOGIA CC.: «El Fenómeno de las drogas». Ed. Escuela Española S.A. Madrid 1982.
- FREIXA, F. SOLER INSA.: «Toxicomanías, un enfoque multidisciplinario». Fontanella. Barcelona.
- FERRER, J.: «La educación sobre las drogas en la universidad y escuelas es-

peciales para profesionales implicados». Drogalcohol. Vol. VI, nº 2, págs. 117-126. 1981.

FIGUEROA, O y TOOHEY, J.V.: «Actividades para la clarificación de valores en la educación del abuso de drogas y sustancias». Universidad de Arizona. Tucson 1980.

GARZA y VEGA: «El maestro y las drogas». Trillas México 1983.

GONZALEZ, A.: «En torno a la prevención primaria del abuso de las drogas». Sanidad e Higiene en el Trabajo, Madrid, Nov. Dic. 1980.

MENDOZA R. y RUEDA, J.M.: «Pautas de actuación con los alumnos consumidores». Cuadernos de Pedagogía nº 73. Enero 1981.

NOWLIS, H.: «La verdad sobre la droga. La droga y la educación». Unesco. París 1975.

SMART, R.: «Disponibilidad percibida y uso de drogas». Bol. Eñtp. N.O. vol. XXIX, 1977, 4.

SOLER INSA, P.A.: «La cánnabis y otras drogas entre los estudiantes de grado medio: consumo y actitudes». IV Jornadas Socidrogalcohol Almería, 1976.

VEGA, A.: «Los educadores ante las drogas». Santillana-Madrid, 1983.

EPILOGO

Por José Manuel GONZALEZ INFANTE

Concluida la lectura de los distintos capítulos que conforman la obra, es posible que el lector que la haya seguido en su totalidad, se haga una serie de reflexiones sobre su contenido. Me va a permitir, no obstante, que a manera de resumen final, también quien la ha escrito en gran parte, se los plantee.

En primer lugar le recomendaría, que si cuenta con tiempo y deseos de emprender una segunda lectura, no se ciña al ordenamiento de los capítulos tal cual figuran en el índice, pues si bien al construirlo se intentó darle una relativa coherencia, al hacerlo se estaba pensando en un modelo concreto, el modelo médico, pasándose de problemas generales a temas específicos, y de éstos, comenzando por los clínicos, siguiendo con los terapéuticos y asistenciales y concluyendo con la educación sanitaria y prevención, lo que no obsta que se pudiera haber seguido cualquier otro tipo de sistemática, ya que, en realidad, los distintos capítulos fueron concebidos como unidades expositivas independientes, de ahí, que perfectamente puedan ser abordados por el lector sin que tenga que ceñirse al orden establecido. Téngase en cuenta además, que este hecho no debe sorprender a nadie, ya que las obras de orientación científica, aunque hayan sido escritas con fines de divulgación de conocimientos para crear opiniones, no dejan de poseer ese carácter, con lo que se diferencian netamente de las obras literarias. Por si fuera poco, tanto nuestro personaje (el drogadicto) como su drama (la drogadicción), si no bien conocidos para el lector, sí al menos resultan ser sujetos y objetos sobre los que tiene formado un determinado juicio.

El libro, si persigue algún fin concreto, es precisamente éste, el de aportar a quienes lo lean, algunos elementos más de conocimientos sobre los que apoyar sus opiniones sobre un acontecimiento humano de tanta trascendencia para todos.

Querría también que comprendiera, que aunque al escribirlo nos impusimos la máxima neutralidad y objetividad, absteniéndonos de emitir juicios de valor, difícilmente el hombre puede trascender un hecho antropológico, que como éste, tan religado está a su propia naturaleza, por lo que es posible que no siempre hayamos sido capaces de conseguir este objetivo. Lo que sí espero, es que si bien tal neutralidad no se dé, por más que lo pretendimos, le sirvan al menos al lector las opiniones vertidas, para pulimentar sus posibles pre-juicios, en el sentido de que si eran la base de actitudes de indiferencia, se motive, o si constituían sentimientos de desesperanza, los cambie por otros más optimistas, ya que como habrá podido ver, aunque poco aún, bastante si que puede hacerse hoy por hoy en este campo.

INDICE

Cuadro de colaboradores	I
Prólogo	I
Capítulo I. Conceptos básicos y clasificaciones de las drogodependencias. J. M. González-Infante, J. Crespo Benítez, S. Girón García, J.M. Martínez Delgado	1
Capítulo II. Notas para una psicopatología transcultural de las drogodependencias. J.M. González Infante	23
Capítulo III. La drogodependencia juvenil: El adolescente y la droga. J.M. González Infante	39
Capítulo IV. Problemática actual de los alcoholismos. J.M. González Infante	57
Capítulo V. Complicaciones médicas de la adicción a drogas por via parenteral. J.M. Pérez Moreno	77
Capítulo VI. Complicaciones psiquiátricas por drogas no institucionalizadas. J.M. González Infante	105
Capítulo VII. Integración de la psicoterapia, socioterapia y psicofarmacología en los alcoholismos y las toxicomanías	129
Primera Parte: En los alcoholismos. J. M. González Infante ..	131
Segunda Parte: En las drogodependencias. F. Baratech Nu- che y J. Cano Valero	141

Capítulo VIII.	Organización y estructura de una unidad de toxicómanos en un hospital general. J. M. González Infante, F. Baratech Nuche y J. Cano Valero.....	147
Capítulo IX.	Educación sanitaria en drogodependencias a nivel escolar. J. Crespo Benítez, J. M. González Infante, A. Marcilla Fernández, J. M. Martínez Delgado y S. Girón García.....	157
Epílogo		175
Índice		177



ASAMBLEA PROVINCIAL DE
CRUZ ROJA DE CADIZ

